

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

THÈSE

N° 719

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline DOSSER-GERNIGON

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Née le 7 Mai 1935, à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1959

Complications oculaires du syndrome
de
FIESSINGER - LEROY - REITER

Président : M. RENARD, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline DOSSER-GERNIGON

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Née le 7 Mai 1935, à Marseille (Bouches-du-Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1959

Complications oculaires du syndrome
de

FIESSINGER - LEROY - REITER

Président : M. RENARD, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1959

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÈNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FÜNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N...
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Anesthésiologie .	VOURC'H (G.)
Anatomie pathologique . .	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Bactériologie . .	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
		Biochimie	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>
		médicale	{ POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . }	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . }	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . }	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique . . .	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . }	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . }	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . }	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . }	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . . }	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUIENEAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE A MA MÈRE

A MON MARI

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENARD

Professeur de la Chaire de Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence du jury de notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL PAYRAU

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chef du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction
du Val-de-Grâce

*Nous lui devons le sujet de cette thèse.
Il nous a guidé et conseillé dans ce travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respect et de notre reconnaissance.*

4
A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL ROZAN
Chef du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Maillot (Alger)

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT FOURCADE
Chef du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Baudens (Oran)

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour leurs conseils et l'aide qu'ils nous ont apportée dans ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL PAGES

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef du Service de Dermato-Vénérologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce

En témoignage de notre respectueux attachement.

INTRODUCTION

Notre contribution à l'étude des complications oculaires du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER a été rédigée à l'aide d'observations portant surtout sur les cas de militaires hospitalisés dans les Services d'ophtalmologie des hôpitaux militaires d'Alger et d'Oran, et dans le Service d'ophtalmologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce.

Dans cette étude, nous suivrons le plan suivant :

- 1° Rappels historique et clinique du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.
 - 2° Etude générale de l'atteinte oculaire au cours de la maladie.
 - 3° Complications cornéennes. Aux complications déjà signalées dans la littérature, nous joignons quatre cas de kératite disciforme.
 - 4° Complications uvéales. Nous montrons que non seulement l'irido-cyclite mais aussi l'uvéite postérieure peuvent se rencontrer.
 - 5° Hypothèses étiologiques et pathogéniques.
 - 6° Données thérapeutiques.
 - 7° Conclusions.
-

RAPPELS HISTORIQUE ET CLINIQUE DU SYNDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER

Le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, encore appelé syndrome oculo-uréthro-synovial, est actuellement l'objet de nombreuses publications. Maladie connue depuis très longtemps — HIPPOCRATE avait mentionné le rhumatisme post-dysentérique et plus près de nous, SYDENHAM, BROUSSAIS, TROUSSEAU — elle ne fut décrite qu'au cours de la première guerre mondiale en 1916 par FIESSINGER et LEROY du côté français, et REITER du côté allemand. En effet, ce syndrome auquel ces trois auteurs donnèrent leur nom, survient le plus souvent au cours d'épidémies dysentériques estivales, dans les armées en campagne, dans les camps d'évacuation en temps de guerre, quand font défaut les conditions d'hygiène les plus élémentaires.

Après 1916, la triade symptomatique oculo-uréthro-synoviale fera l'objet de nombreuses observations parmi les belligérants et, outre les études de FIESSINGER et LEROY d'une part et de REITER d'autre part, nous signalerons celles de NOLF et collaborateurs en Belgique, de KLEIN, GRAHAM, MANSON-BAHR en Angleterre, de SINGER, STETTNER, DORENDORF, SCHLECHT et SCHITTENHEIM, etc.

Entre les deux guerres, les observations se raréfient. En France, des médecins militaires : WORMS, LESBRE et SOURDILLE en 1926-1927, BESSON et EHRINGER en 1926, MAIRE et MELNOTTE en 1929, LIÉGEOIS et JAUSION, rapportent quelques cas.

HOMBOURGER, en 1930, publie une étude portant sur 157 cas.

En 1933-1934, FOERSTER, WIEDMANN, KUHMER et BALBAN s'efforcent de trouver une étiologie et, en 1936-1937, d'autres observations rapportées en Allemagne par MOLTKE, NAEGELI, PFLEGER, etc., coïncident avec des épidémies de dysenterie bacillaire.

Au cours de la deuxième guerre mondiale, les cas se multiplient dans les armées en campagne. En Allemagne, KARDUNG, KRUSPE, SCHUERMANN, BAUER ; en Italie, USSEGLIO ; en France, GOUNELLE, BOHN, KOSKAS et MARCHE ; en Angleterre, HARKNESS et JACKSON, publient de nombreuses observations. Aux Etats-Unis, BAUER et

ENGELMANN en 1942, LEVER et CRAWFORD en 1944, sont les premiers auteurs de ce pays à s'intéresser à la question. Ils furent suivis par COLBY, MILLER et McINTIRE, HOLLANDER, FOGARTZ, YOUNG et McEVEN, etc.

En 1948, en Finlande, ILMARI PARONEN étudie une épidémie de « syndrome de REITER » de 344 cas.

En France, depuis 1946, divers auteurs se sont orientés dans leurs publications vers une recherche étiologique de la maladie : CUILLERET, ETIENNE et LAFONT, DUREL et SIBOULET, Mme MAIGNIEN, COURARD, MARCHE. Différentes hypothèses ont été émises, rôle possible des « pleuropneumoniae like organisms » ou « organismes L », du *Chlamydozoon oculo-genitalis*. Certains ont pensé à une origine allergique, d'autres ont voulu en faire une « maladie de l'adaptation » et la faire rentrer dans le cadre touffus des maladies du collagène.

Le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER étant une maladie « de guerre », c'est sans surprise qu'on a vu de nombreux cas éclore parmi nos troupes stationnées en Algérie depuis 1954. Ainsi actuellement les observations les plus nombreuses sont dues en France aux médecins militaires : FERRAND, ROUMAGNAC, PERNOD publient une étude portant sur 102 cas ; ROZAN, FOURCADE, COUADAU, VAILHE, THALABARD publient des cas de complications oculaires survenues au cours ou au décours de la maladie.

Quelques thèses lui ont été consacrées (REVALOR, BOURREL, MOURET).

Dans leur rapport à la Société d'Ophtalmologie de Paris en 1957, OFFRET et MASSIN étudient les manifestations oculaires du rhumatisme et placent dans ce cadre le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

* *

Toutes ces publications nous amènent à définir dans ses grandes lignes le syndrome oculo-uréthro-synovial.

La première manifestation en est un épisode dysentérique. En 1948, sur 344 cas survenus en Finlande, ILMARI PARONEN souligne que cet épisode fut absent seulement huit fois. En 1956, sur 103 cas étudiés en Algérie par ROUMAGNAC et FERRAND, il fut absent neuf fois. Des examens complémentaires permettent d'éliminer toute dysenterie bacillaire ou amibienne. De leur étude, ROUMAGNAC et FERRAND sont amenés à conclure qu'il s'agit de diarrhée saisonnière banale, sans aucun caractère spécifique. Il est exceptionnel qu'on ne retrouve pas de diarrhée dans les antécédents, mais une diarrhée n'est que rarement suivie de syndrome oculo-uréthro-synovial.

Cet épisode est suivi, après un intervalle variable de une semaine à un mois, par la survenue de trois symptômes apparaissant dans un ordre variable et accompagnés le plus souvent d'une atteinte de l'état général avec fièvre à 38° ou plus importante à 39°-40° :

— *Une uréthrite :*

Habituellement subaiguë, elle est caractérisée par une sensation de brûlure à la miction, un écoulement séro-muqueux ou purulent modéré qui se révèle amicrobien à l'examen bactériologique. Des examens plus poussés ont montré parfois la présence d'inclusions. Des cas de prostatites, de cystites, d'orchio-épididymites et même de pyélonéphrites associées ont été signalés. Cette uréthrite existe dans 90 % des cas environ, guérit en général spontanément en quatre à huit jours. Toutefois, elle peut durer beaucoup plus longtemps, jusqu'à quatre mois, et récidiver après des mois ou des années de guérison apparente.

— *Une atteinte oculaire :*

C'est classiquement une conjonctivite bilatérale d'emblée ou qui le deviendra, s'accompagnant de larmoiement et de photophobie. Elle peut apparaître en même temps que l'uréthrite ou à un ou deux jours d'intervalle, soit avant, soit après elle. La participation uvéale est fréquente et l'atteinte oculaire peut même être iridociliaire d'emblée. Des examens bactériologiques des sécrétions conjonctivales ont montré dans quelques cas la présence d'inclusions. L'atteinte oculaire peut passer inaperçue tellement elle est parfois discrète, et au contraire dans certains cas la conjonctivite peut être trainante, récidivante ou se compliquer d'iridocyclite, de choréïdite, d'ulcère cornéen ou de kératite.

— *Une atteinte articulaire :*

En général, elle succède aux deux premières atteintes et survient une dizaine de jours après le début des autres symptômes. L'allure de cette atteinte articulaire est le plus souvent une polyarthrite d'aspect inflammatoire, accompagnée d'une atrophie musculaire importante et rapide. Les genoux et les articulations tibio-tarsiennes sont les plus souvent touchés. Il n'y a pas d'adénopathie régionale. La ponction de l'hydarthrose, fréquemment associée, montre un liquide stérile à l'examen bactériologique, riche en albumine et en polynucléaires, remplacés par des lymphocytes après quelques jours d'évolution. Les radiographies montrent dans les formes sévères une altération des extrémités osseuses, une diminution de la densité de l'os et, chez les malades se plaignant de leurs articulations sacro-iliaques, on peut voir s'installer par la suite une spondylarthrite ankylosante (MARCHE). Cette atteinte

articulaire peut récidiver après une période silencieuse et elle peut grever lourdement l'avenir du malade.

D'autres manifestations pathologiques peuvent évoluer en même temps que la triade symptomatique ou lui succéder. On a décrit des atteintes cutanées (hyperkératoses palmo-plantaires), des lésions muqueuses buccales (stomatite), génitales (pseudo-herpès, balanite érosive circinée), des atteintes cardiaques, des parotidites, etc.

L'évolution du syndrome oculo-uréthro-synovial peut être suivie par l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire, constamment accélérée pendant la maladie elle-même et au cours des rechutes. Les numérations et formules sanguines mettent en évidence une anémie avec polynucléose et éosinophilie, et l'électrophorèse des protéines (VAILHE), une augmentation des α_2 suivies parfois par les β et γ -globulines avec chute de l'albumine.

La thérapeutique consiste essentiellement en corticothérapie associée à la phénylbutazone, vitaminothérapie. La pyrétothérapie donne de bons résultats dans les formes aiguës. A la période de convalescence, la physiothérapie aide à la récupération fonctionnelle.

ÉTUDE GÉNÉRALE DE L'ATTEINTE OCULAIRE AU COURS DU SYNDROME DE FIESSINGER-LEROY-REITER

L'atteinte oculaire est classiquement une conjonctivite bilatérale, soit d'emblée, soit secondairement. Des cas très rares ont été signalés où elle est restée unilatérale. Nous ne changerons rien à la description de WORMS qui nous la dépeint ainsi : « L'injection des vaisseaux conjonctivaux est souvent intense ; elle prédomine toujours au voisinage des culs-de-sac ; elle existe sur les conjonctives tarsiennes comme sur les conjonctives bulbaires ; sur celles-ci, la coloration rouge devient moins vive de la périphérie au centre, un petit cercle péri-limbique est toujours respecté. À ce niveau, d'ailleurs, existe une injection profonde traçant autour de la cornée un véritable cercle lilas. On constate assez souvent de petites ecchymoses sous-conjonctivales plus ou moins étendues. » Le malade se plaint de picotements, de larmoiement, de photophobie. Les paupières sont légèrement œdématisées et on note parfois une adénopathie pré-tragienne. Les sécrétions conjonctivales sont abondantes et parfois purulentes.

Dans le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, nous savons que un et même parfois deux symptômes de la triade peuvent manquer ou du moins passer inaperçus. Quelle est la fréquence de l'atteinte oculaire ? Elle manque rarement. En effet :

ILMARI PARONEN, sur 334 cas de « syndrome de REITER », en signale seulement 36 sans atteinte oculaire apparente.

BOURREL et PELLEGRINI (*Thèses*, Alger, 1956 et 1951), sur 100 cas, en voient 9 sans symptôme oculaire.

De même, ROUMAGNAC et FERRAND, sur 103 observations, en rencontrent 6.

Sur 39 cas observés par THALABARD, 3 se révèlent sans atteinte oculaire apparente mais présentent à la lampe à fente des modifications vasculaires conjonctivales ; 1 cas présentant simplement sans signes subjectifs, une hémorragie sous-conjonctivale bulbaire bilaté-

rale importante. Aussi cet auteur écrit que « dans les rares cas où aucune participation oculaire n'est notée, c'est que celle-ci est passée inaperçue. La lampe à fente révèle dans ces cas un épaississement des bouquets vasculaires conjonctivaux, palpébraux avec élargissement et tortuosité des vaisseaux ».

Classiquement, l'atteinte oculaire du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER est bénigne, et consiste en une simple conjonctivite.

ILMARI PARONEN, sur 298 cas d'atteinte oculaire, observe 239 conjonctivites aiguës dont 11 furent unilatérales, et 20 cas de gêne oculaire subjective sans hyperhémie notable.

ROUMAGNAC et FERRAND, sur 97 cas de manifestations oculaires, rencontrent 10 conjonctivites discrètes, 78 d'intensité moyenne, 2 sévères et 1 qui resta unilatérale.

CSONKA, en 1958, base une étude du syndrome oculo-uréthro-synovial sur 185 malades suivis de 1942 à 1956. Cet auteur a rencontré des formes incomplètes du syndrome, mais leur évolution étant comparable à celle des formes complètes, il les a homologués aux premières. Ainsi, sur 185 cas, 87 ont eu une arthrite associée à une atteinte génitale et 98 ont montré en plus d'autres symptômes, en particulier oculaires : 45,8 % des cas, la conjonctivite représentant 32,3 %.

Cette dernière statistique, éloignée des deux précédentes, a en effet porté sur des formes aiguës et chroniques, alors que les deux précédentes rassemblent des formes aiguës uniquement.

D'après ces études, on voit donc que dans la majorité des cas l'atteinte oculaire est étiquetée : conjonctivite aiguë banale. Pourtant certains auteurs, FOURCADE et COUADAU en particulier, signalent que la participation uvéale est fréquente, et sur un grand nombre de malades observés pendant deux années, elle leur est apparue très fréquente. Sur 30 observations, ils ont noté 14 manifestations d'uvéite, soit 46 %, alors que le pourcentage classique est d'environ 10 à 25 %. Cependant, si on a négligé pendant si longtemps les manifestations irido-ciliaires, c'est qu'elles passent souvent inaperçues, ne se révélant que par un léger tyndall et quelques fins précipités à la face postérieure de la cornée, et seul un examen au biomicroscope permet de déceler ces formes minimes.

D'autres auteurs, THALABARD en particulier, pensent que « la conjonctivite aiguë du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER s'accompagne presque toujours d'une kératite superficielle avec minimes érosions cornéennes limbiques fugaces se déplaçant autour de la périphérie cornéenne et entraînant une zone d'hyperhémie limbique plus intense en regard des érosions ».

C'est aussi l'avis de M. MASSIN qui écrit que « l'atteinte de la cornée est peut-être plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, et il n'est pas interdit de penser que des kératites aient été qualifiées de conjonctivites par des médecins qui n'avaient pas d'ophtalmologistes à leur disposition ».

Il est donc probable que les fortes proportions de conjonctivites aiguës banales hyperhémiques, représentant l'atteinte oculaire du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, cachent des atteintes uvéales ou cornéennes associées qui ont été labiles. Mais ainsi, dans la majorité des cas, malgré ces complications passées inaperçues, « la conjonctivite » aura été bénigne.

En effet, les formes rapidement curables sont les plus nombreuses.

Ainsi, FERRAND et ROUMAGNAC remarquent que sur 91 conjonctivites, 64 durèrent de un à huit jours, 10 de neuf à quinze jours, et les autres plus de quinze jours.

Pour ILMARI PARONEN, les quatre cinquièmes des conjonctivites guérirent en une à quatre semaines. L'hyperhémie conjonctivale isolée sans autres symptômes oculaires, a duré dans certains cas un mois d'une seule traite.

Mais on rencontre un certain nombre de formes prolongées dont les caractères inflammatoires peuvent persister pendant des semaines malgré tous les traitements locaux et généraux.

Enfin, il existe des rechutes, même sous traitement.

ILMARI PARONEN observa des rechutes de la conjonctivite dans 50 cas, alors que 40 de ces malades étaient sous traitement pour une arthrite dont ils continuaient à souffrir.

FERRAND et ROUMAGNAC observent sous corticothérapie 18 conjonctivites de rechute, et font remarquer que les rechutes oculaires sont rarement isolées ; elles accompagnent le plus souvent une recrudescence des phénomènes articulaires et des signes généraux.

Des recherches bactériologiques ont été effectuées par de nombreux auteurs. Nous reviendrons ultérieurement sur le résultat de ces recherches.

COMPLICATIONS CORNÉENNES

Les complications cornéennes sont rares et se rencontrent surtout dans les formes sévères d'atteinte oculaire, ou longues à guérir.

Lors de l'épidémie de Finlande en 1948, sur 298 manifestations oculaires, ILMARI PARONEN rencontra 4 ulcères cornéens, 10 kérato-iritis et 13 kérato-conjonctivites.

En Algérie, sur 97 cas, FERRAND et ROUMAGNAC signalent une kératite et deux kérato-conjonctivites. Sur 39 cas, THALABARD n'a rencontré aucun ulcère central de la cornée. Sur 30 cas, FOURCADE et COUADAU n'ont eu aucune complication cornéenne.

Ces atteintes cornéennes, de quelque type qu'elles soient, furent cependant signalées dès 1917 par COSSE et DELORD (ces auteurs, sur 12 cas, observèrent une complication : au cours d'une conjonctivite qui avait évolué pendant dix jours d'une façon bénigne, survient une kératite périphérique avec iritis à l'œil droit ; cette kératite guérit en vingt jours sans diminution de l'acuité visuelle), par WORMS, PESME, SOURDILLE, ELLIOT, Mme DELTHEIL et Mme MAIGNIEN-COURARD qui décrivirent des ulcères.

D'autres auteurs rencontrèrent d'autres complications à type de kératites ponctuées à bascule (Guy OFFRET), d'infiltrations parenchymateuses diverses (CASS, TOULANT), d'éruptions vésiculo-papuleuses cornéo-conjonctivales (KUHMER), d'herpès de la cornée (PFLEGER).

L'œdème éphémère de la cornée qui provoque une baisse matinale de l'acuité visuelle redevenant normale en fin de matinée, a été signalée par CIMBAL et il semble que THALABARD l'ait également rencontré.

Des kératites ponctuées superficielles ont été assez souvent décrites.

* *

L'ulcère cornéen fut signalé dès 1918 par JUNGHANN, puis par STUHMER.

WORMS, LESBRE et SOURDILLE ont rencontré des ulcères avec hypopyon.

Mme MAIGNIEN-COURARD, en 1950, rapporte un cas d'ulcère venu compliquer une conjonctivite avec réaction irienne, ulcère para-central avec zone d'infiltration assez marquée, qui cicatrises en laissant une légère opacité.

OBSERVATION N° I (*) : Br... L., cultivateur, trente-huit ans.

En avril-mai 1938, uréthrite légère étiquetée blennorragique sans aucune preuve bactériologique. Traitée à l'hôpital Broca. Deux mois plus tard, épisode diarrhéique durant quelques jours. En octobre suivant : conjonctivite légère avec sécrétion unilatérale suivie de névralgies dentaires.

Aucun épisode pathologique digne d'être signalé entre 1938 et 1945.

En 1945 :

Apparaît la première poussée d'arthrite : aux deux genoux simultanément, puis au gros orteil droit, à la hanche, aux deux poignets surtout à droite, aux doigts. Fluxions, douleurs marquées, légère température, arthralgies erratiques.

En même temps, apparaît aux deux yeux, simultanément, une conjonctivite assez intense avec hyperhémie conjonctivale marquée et sécrétions agglutinant les paupières.

L'examen bactériologique ne montre pas de germes, sauf la flore habituelle.

Au décours de cette conjonctivite, apparaît une irido-cyclite bilatérale avec baisse de l'acuité visuelle, douleurs péri-orbitaires. Examiné à l'époque par un oculiste, aucune lésion du fond d'œil n'est signalée.

Un traitement est institué : atropine en instillation. Anti-infectieux. Salicylate. En quelques semaines, guérison, mais une légère baisse de l'acuité visuelle persiste à gauche. Par contre, les arthrites persistent plus longtemps.

L'année 1946 se passe sans incident notable.

En septembre 1947 :

Nouvelle poussée d'arthrite au genou droit et à la tibio-tarsienne du même côté. Evolution traînante jusqu'à *janvier 1948* malgré un traitement par le salicylate et septicémine intra-veineuse.

A ce moment, nouvelle atteinte oculaire : l'œil gauche puis l'œil droit présentent une nouvelle poussée de conjonctivite suivie d'un réveil de l'irido-cyclite, plus marquée à droite qu'à gauche et de durée plus longue de ce côté. A cet œil également, en même temps qu'évolue cette irido-cyclite, se constitue à bas bruit un ulcère cornéen sans traumatisme initial qui guérit sous l'influence du traitement en laissant une petite taie cornéenne.

(*) Rapportée par Mme MAIGNIEN-COURARD.

C'est un an plus tard que nous revoyons le malade qui vient consulter pour une nouvelle atteinte oculaire de l'œil gauche. Le début assez brutal remonte à huit jours ; douleurs surtout nocturnes, baisse de l'acuité visuelle, œil rouge.

À l'examen, on est frappé par l'aspect de l'œil gauche : hyperhémie de la conjonctive bulbaire, injection péri-kératique superficielle et profonde, il existe un léger œdème conjonctival qui fait saillie sur la cornée vers 6 et 8 heures. Celle-ci est épaissie, œdématisée, avec buée endothéliale rendant l'examen à la lampe à fente assez difficile pour les plans sous-jacents. On remarque quelques rares et fins précipités blancs et fins sur la Descemet.

La sensibilité cornéenne est normale.

La chambre antérieure est remplie à demi par un hypopion, coagulum jaunâtre, contenant du sang par endroit, surmonté d'une légère floculation de l'humeur aqueuse.

L'iris est œdématisé, très vascularisé, présentant des exsudats et de nombreuses synéchies postérieures, entraînant une grande limitation du jeu pupillaire.

La cristalloïde antérieure est recouverte d'une fine poussière pigmentée. Le cristallin présente des opacifications.

Le fond d'œil s'éclaire très mal et reste invisible. La projection lumineuse est bonne.

L'acuité visuelle de cet œil est réduite à 1/50°.

La tension oculaire est à 22.

Les voies lacrymales sont perméables.

L'examen de l'œil droit révèle une injection péri-kératique, une cornée normale, un aspect légèrement atrophique de l'iris dans le secteur supérieur, pas d'hyperhémie, de nombreuses synéchies postérieures d'aspect ancien.

La chambre antérieure ne présente pas de Tyndall.

Dépôts pigmentaires importants sur la cristalloïde antérieure. Fond d'œil normal.

La sensibilité cornéenne, la tension oculaire sont normales, les voies lacrymales perméables ; l'acuité visuelle est de 10/10°.

L'état général est satisfaisant, très légère hyperthermie, aucun autre foyer infectieux en évolution. Les articulations restent déformées. L'écoulement urétral n'a jamais reparu, mais le malade conserve, par périodes de durée variable, quelques brûlures à la miction.

Des examens de laboratoire sont pratiqués. Frottis conjonctival qui ne montre aucun germe pathogène. Une radiographie pulmonaire : I.T.N. Un Bordet-Wassermann négatif. Gono-réaction absolument négative. Séro-diagnostic négatif. Vernes-résorcine à 30. Vitesse de sédimentation légèrement augmentée.

Un traitement est institué : amélioration peu apparente aux antibiotiques généraux et locaux ; par contre, nette amélioration par traitement de choc (deux injections intramusculaires de lait).

L'hypopyon régresse, la cornée s'éclaire plus lentement, l'acuité est déjà remontée à 3/10°.

Un ulcère de la cornée fut également signalé récemment par M. MASSIN :

OBSERVATION N° II : Homme de trente-cinq ans.

Souffrait de son œil gauche depuis cinq jours. Il présentait un antécédent important : il avait fait, à l'automne 1954, une irido-cyclite de l'œil gauche suivie en novembre et décembre d'une arthrite du genou droit avec une volumineuse hydarthrose. La ponction du genou avait ramené un liquide trouble contenant des polynucléaires altérés mais aucun germe. Les radiographies articulaires restèrent normales. La guérison fut obtenue par des ponctions suivies d'injections locales d'hydrocortisone.

Aucun autre antécédent de cõlïte ni d'urétrite n'expliquait ce syndrome de REITER. On retrouvait des douleurs rhumatismales dans l'enfance.

A l'examen oculaire, on constata l'existence d'une ulcération limbique supéro-interne de la cornée, retenant la fluorescéine, et qui n'entraînait que des signes inflammatoires assez modérés : en effet, la rougeur péri-kératique ne s'accompagnait d'aucune réaction irienne ou camérulaire. Les précipités pigmentés de la Descemet et de la face antérieure du cristallin témoignaient seulement de l'irido-cyclite ancienne.

Ce malade n'a pas été suivi davantage, étant venu seulement en consultation

— *En résumé* : On peut se demander si dans ces deux cas il s'agit d'un véritable syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER. Il leur manque le facteur épidémique. Le deuxième cas surtout est atypique.

La forme la plus fréquente de complications cornéennes semble être la kératite ponctuée superficielle. CIMBAL l'a rencontrée, LUCAS et WEISS en signalent un cas suivi d'iritis. Il s'agissait d'un homme de vingt ans qui, dix jours après le contag, présente une urétrite suivie à trois semaines par une conjonctivite purulente puis d'arthrites et de kératite. On vit sur la cornée « de petits bouquets de vésicules centro-cornéens » suivis de précipités sur la face postérieure de la cornée.

THYGESON signale un cas à peu près semblable.

En 1950, CUILLERET, ETIENNE et LAFON rapportent le cas suivant :

OBSERVATION N° III : Fo... Fernand, vingt-sept ans, marié.

Sans antécédents particuliers, il est atteint en janvier 1950 d'une urétrite avec écoulement purulent abondant, accompagné de conjonctivite. La gonococcie est suspectée bien qu'un prélèvement uréthral n'ait pas révélé de gonocoques, et le traitement pénicillinique (600.000 unités quotidiennes) est institué. Le malade nie tout contag suspect. Sous l'influence de ce traitement, les brûlures à la miction et l'écoulement uréthral diminuent, la conjonctivite est légèrement amoindrie.

Au bout de quelques jours, apparaissent des signes d'arthrite du genou gauche. Une thérapeutique sulfamidée est instituée (sumédine : 40 mg) qui améliore l'état conjonctival et articulaire, mais n'amène pas la guérison.

Le malade est alors adressé au Docteur CUIILLERET. Il est fébrile ($37^{\circ}5-38^{\circ}5$) il présente des signes d'arthrite manifeste du genou gauche, une sécrétion uréthrale révélée par la pression sur le canal, une adénopathie inguinale gauche discrète. La sérologie (Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke) est négative. La culture de la goutte uréthrale ne met en évidence aucun germe pathogène. L'examen oculaire ne révèle rien d'autre qu'une conjunctivite d'aspect banal. La vitesse de sédimentation est de 25 %. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Les séro-diagnostics de la fièvre de Malte et des salmonelloses sont négatifs. Une pâleur assez marquée du malade fait pratiquer une numération globulaire qui révèle une anémie modérée : 3.700.000 globules rouges et une leucocytose moyenne : 10.900 globules blancs. La valeur globulaire est de 0,97. Un myélogramme s'avère normal, à part une légère réaction érythroblastique et la présence d'inclusions dans certaines cellules de la moelle osseuse.

Une thérapeutique de choc au vaccin antigonococcique est instituée, qui améliore à tel point le malade que quinze jours après celui-ci peut être considéré comme guéri.

Trois semaines se passent, lorsque le malade revient consulter à nouveau pour une réapparition de son écoulement uréthral, bientôt suivi d'une récurrence de la conjunctivite purulente. Il n'y a pas de phénomènes d'arthrite.

Les séro-diagnostics des affections dysentériques (Shiga, Hiss, Flexner, Strong) sont négatifs, de même que ceux des affections typiques et paratyphiques. L'anémie existe toujours à 3.950.000 globules rouges. L'état général est atteint.

Le 2 mars, nous examinons ce malade : il présente une conjunctivite banale non folliculaire. Les conjonctives, tant bulbaire que tarsienne, sont très hyperhémées ; il existe une sécrétion purulente et l'on peut percevoir à la palpation de l'angle maxillaire de petits ganglions bilatéraux non douloureux. Un traitement à l'auroéomycine est institué à raison de 2 g par jour. De même, un collyre à l'auroéomycine est instillé dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Un raclage des sécrétions conjonctivales examiné sous le microscope semble montrer la présence d'inclusions dans les cellules conjonctivales.

Au troisième jour du traitement, on note une diminution marquée de la sécrétion conjonctivale, mais le malade se plaint d'une augmentation des douleurs oculaires : il existe des deux côtés une kératite ponctuée superficielle absolument typique, accompagnée d'une desquamation épithéliale localisée à l'aire découverte par les paupières.

La fluorescéine est intensément retenue à ce niveau, comme le montre l'examen à la lumière de Wood.

Deux jours plus tard, malgré le traitement qui diminue de façon notable l'écoulement conjonctival, la kératite ponctuée s'aggrave ; une discrète infiltration des couches antérieures du parenchyme apparaît. Il n'y a pas de réaction irienne, mais on note la présence de plis de la Descemet qui fait aussitôt mettre le malade à l'atropine.

Dès l'instillation d'atropine, les douleurs oculaires diminuent.

Le lendemain, il subsiste encore des lésions de kératite ponctuée en vue de régression, consistant en de petites élevures épithéliales parallèles au limbe, surtout en bas du côté nasal. En profondeur, on note toujours les plis de la Descemet. Les conjonctives sont très rouges mais ne sécrètent plus. L'humeur aqueuse est légèrement trouble, l'iris bien dilaté par l'atropine sans vascularisation ni œdème, ni synéchies.

Deux jours plus tard, la kératite est en voie de disparition, la fluorescéine n'est pas retenue ; il n'existe que quelques ponctuations épithéliales parallèles au limbe.

Le 15 mars, la kératite ponctuée et la conjonctivite peuvent être considérées comme guéries. Il n'y a plus d'écoulement urétral. Le malade a absorbé en tout 28 g d'auréomycine sans compter les instillations d'un collyre à cet antibiotique et neuf injections d'auto-hémothérapie. Il n'y a plus ni phénomène articulaire, ni écoulement urétral.

Le 25 avril, sensation de picotements oculaires, mais l'examen s'avère négatif. La guérison survient rapidement.

— *En résumé* : Conjonctivite banale compliquée de kératite ponctuée superficielle ayant régressé en deux semaines.

M. MASSIN également en a observé une ; la voici rapportée :

OBSERVATION N° IV : Jeune homme de vingt ans adressé le 27 juillet 1957 au Service d'ophtalmologie de l'hôpital franco-musulman par le Docteur ORDONNEAU.

La maladie avait débuté un mois auparavant environ par une inflammation oculaire bilatérale à rechutes avec rougeur et larmoiement. Une urétrite, faite d'un écoulement et d'une pollakiurie, survint en même temps et guérit spontanément au bout de quinze jours.

Huit jours après le début, apparurent des douleurs du pied gauche, plutôt ténosynoviales qu'articulaires, gênant la marche et aussi quelques douleurs au pouce droit. Les examens complémentaires déjà obtenus par le Docteur ORDONNEAU étaient une vitesse de sédimentation très élevée à 71 - 112 - 115, une uricémie également forte à 91 mg pour 1.000 et une numération et formule sanguines normales.

On ne retrouvait aucun antécédent notable et particulièrement aucune colite. Le malade avait séjourné en Algérie pendant un mois, trois ans auparavant.

A l'examen oculaire, on constatait des signes fonctionnels marqués : photophobie, rougeur, larmoiement, une hyperhémie conjonctivale importante sans follicule, et d'assez nombreuses opacités cornéennes blanches, superficielles, de petite taille, mais macroscopiquement visibles et retenant la fluorescéine, visibles sur les deux cornées.

Les segments antérieurs étaient normaux par ailleurs au biomicroscope : pas de précipité, pas de Tyndall, pas de synéchie. Les milieux étaient clairs, les fonds d'yeux normaux, la tension oculaire normale aux doigts.

On était donc en présence d'une kératite ponctuée superficielle bilatérale formée de gros éléments irrégulièrement disposés.

Divers examens de laboratoire furent pratiqués : recherches de germes dans les sécrétions conjonctivales et uréthrales qui furent négatives, même à la culture ; recherches d'inclusions virales cellulaires dans les épithéliums conjonctival et uréthral qui furent aussi négatives. Ces examens furent pratiqués les 30 et 31 juillet, alors que les lésions oculaires et articulaires étaient en pleine activité.

Le traitement mis en œuvre immédiatement comprenait l'administration de delta-cortisone par voie générale : 6 comprimés de 5 mg les deux premiers jours ; 5 les deux jours suivants ; 3 les deux jours suivants ; 2 par jour ensuite pendant une durée totale de trois semaines. Localement furent prescrits des instillations de collyre à l'auréomycine toutes les heures dans les deux yeux et des instillations bi-quotidiennes d'atropine à 1 %, avec un pansement sur l'œil gauche seulement pour permettre au malade de circuler car il ne voulut pas être hospitalisé.

L'amélioration fut rapide : après deux à trois jours, les ulcérations cornéennes de l'œil gauche avaient disparu, laissant place à une opacité cornéenne centrale allongée. La cornée droite, quelques jours plus tard, ne prenait plus la fluorescéine à son tour. Un collyre à la delta-cortisone fut alors ajouté à l'auréomycine.

Le malade fut revu deux mois après, au retour d'un séjour de vacances à la mer. Les yeux étaient parfaitement calmes et blancs, l'acuité visuelle à 10/10^e des deux côtés. On remarquait encore une très légère opacité linéaire para-centrale dans la cornée gauche.

Revu huit mois après, la guérison se maintient.

— *En résumé* : Syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER compliqué de kératite ayant rapidement cédé au traitement.

BOURREL, dans une thèse d'Alger (1956) rapporte un cas semblable, rencontré parmi une épidémie de syndromes oculo-uréthro-synoviaux :

OBSERVATION N° V : Rab... Carmel, âgé de vingt-quatre ans.
En A.F.N. depuis avril 1956.

19 août 1956 :

Le sujet présente une diarrhée banale avec des selles liquides, trois à quatre par jour. Elle dure quatre jours et ne l'empêche pas de continuer son travail.

26 août 1956 :

Une conjonctivite bilatérale apparaît avec paupières collées le matin, hyperhémie conjonctivale, larmoiement, photophobie. Pas de céphalées. Elle va durer dix jours.

2 septembre 1956 :

Survient une urétrite caractérisée par des brûlures uréthrales légères à la miction et une goutte au méat. La veille, des gonalgies droites apparaissent, empêchant tout sommeil. Le lendemain, l'article est légèrement augmenté de volume. Le malade est alors hospitalisé.

3 septembre 1956 :

Fluxion du genou droit. Genou gauche œdématisé depuis la veille.

L'hyperhémie conjonctivale subsiste et justifie l'examen ophtalmologique : « Kératite ponctuée superficielle gauche avec lésions épithéliales et sous-épithéliales. » (Traitement : pansement, atropine et tri-antibiotique.) Cortancyl : 40 mg. Pénicilline : 1 million.

6 septembre 1956 :

Amélioration légère des arthropathies. Température subfébrile. Radiographies sacro-iliaques normales.

23 septembre 1956 :

Élévation thermique à 38°. Articulation métatarso-phalangienne gauche douloureuse, légèrement infiltrée. En même temps, reprise de la kératite de l'œil gauche entraînant l'insomnie. Cortancyl : 20 mg depuis le 18 septembre.

25 septembre 1956 :

Examen physique sans anomalies du genou droit. Quelques algies dans le genou gauche ainsi que dans les articulations métatarso-phalangiennes gauches. Vitesse de sédimentation : 12 - 30. Traitement A.C.T.H.-retard : 25 mg. Terramycine : 1 g. Vitamines B et PP.

5 octobre 1956 :

Genou gauche légèrement gonflé, algies discrètes. Apyrexie. Persistance de la kératite. Aspirine : 3 g.

Du 5 octobre au 16 octobre, on constate une amélioration progressive et, le 16, la guérison clinique obtenue, le sujet part en convalescence.

— *En résumé* : Syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER compliqué de kératite unilatérale ayant évolué pendant un mois.

Nous joignons à ces observations de kératite superficielle, une observation semblable, étudiée dans le Service d'ophtalmologie du Val-de-Grâce (Professeur PAYRAU) :

OBSERVATION N° VI : Mo... Louis, vingt et un ans.

Le début des troubles remonte à octobre 1958 pendant une permission du sujet venant d'Algérie après treize mois de séjour ; ils sont caractérisés par une sensation de corps étranger oculaire, une irritation conjonctivale.

Le malade est vu en consultation le 13 octobre 1958 pour la première fois. Diagnostic : kérato-conjonctivite bilatérale. Le traitement est pratiqué à l'hôpital Villemin où est hospitalisé le sujet. Une amélioration oculaire survient, mais à ce moment apparaissent des arthralgies multiples assez fugaces, sans urétrite, ni éruption cutanéomuqueuse. Il avait présenté également dans ses antécédents un épisode diarrhéique, négligé, il y a quelques mois.

A l'examen, à l'entrée :

— V.O.D.G. : 7/10° sans correction ;

— conjonctivite hyperhémique très marquée, surtout O.G. ;

- injection périkeratique ;
- cornées œdémateuses avec buée sous-épithéliale, particulièrement à gauche ;
- épreuve à la fluorescéine : négative ;
- chambre antérieure, iris, F.O. : normaux.

Le 18 décembre 1958 :

O.D.G. :

- photophobes et larmoyants ;
- fines bulles sous-épithéliales des deux cornées ;
- discret Tyndall dans la chambre antérieure.

V.O.D. : 9/10°. V.O.G. : 10/10°.

Persistance d'une nette hyperhémie conjonctivale.

Le 29 décembre 1958 :

Hyperhémie conjonctivale légère.

V.O.D.G. : 10/10°.

Cornées légèrement œdémateuses avec nombreuses fines bulles sous-épithéliales prédominant à droite où des érosions punctiformes très fines apparaissent avec la fluorescéine.

Le 8 janvier 1959 :

Très discrète amélioration cornéenne. Pommade à la troformone.

Le 13 janvier 1959 :

V.O.D.G. : 10/10°.

Yeux blancs et calmes, non photophobes. Amélioration légère des cornées où les bulles sous-épithéliales n'existent qu'en quelques points. Pommade à la troformone supprimée et remplacée par collyre à la cortisone.

Le 19 janvier 1959 :

V.O.D.G. : 10/10° sans correction.

Amélioration sensible au niveau des conjonctives palpébrales.

Cornée droite légèrement œdémateuse dans la région centrale où elle entoure une légère zone d'infiltration. Epreuve à la fluorescéine négative. Très léger Tyndall dans la chambre antérieure.

Cornée gauche discrètement œdémateuse avec très fines bulles sous-épithéliales dans la moitié temporale. Epreuve à la fluorescéine négative.

Donc, nette amélioration avec le traitement actuel à la cortisone locale.

Convalescence d'un mois.

Réhospitalisation le 23 février 1959 :

- Acuité visuelle : 6/10° à droite, 10/10° à gauche.
- Hyperhémie conjonctivale intense, photophobie.
- L'irritation prédomine à droite. Les cornées sont constellées de fines bulles sous-épithéliales, avec prédominance à droite où il existe en plus une infiltration parenchymateuse centrale. Epreuve à la fluorescéine négative.

Une amélioration se produit les jours suivants ; les bulles sous-épithéliales disparaissent à droite mais augmentent à gauche.

Le 5 mars :

Le malade part en convalescence avec :

- acuité visuelle : 10/10° à droite et à gauche au trou sténopéique ;
- à droite : opacification parenchymateuse de la cornée, peu dense ;
- à gauche : quelques craquelures épithéliales.

Il est réhospitalisé un mois après, la procédure de réforme étant en cours.

Il sort le 20 avril 1959 :

- Persistance d'une hyperhémie conjonctivale palpébrale.
- Acuité visuelle : 10/10° à droite et à gauche au trou sténopéique.
- Infiltration œdémateuse centrale des deux cornées.
- Chambre antérieure et fond d'œil : normaux.

— *En résumé* : Après sept mois d'évolution, une kérato-conjonctivite bilatérale récidivante, apparue au cours d'un syndrome de FIESINGER-LEROY-REITER, a laissé des séquelles importantes.

CASS, en 1949, avait décrit une kératite parenchymateuse unilatérale apparue en même temps qu'une iritis bilatérale. TOULANT avait rencontré un cas de vascularisation cornéenne profonde, mais il ne semble pas que jusqu'à présent des kératites disciformes aient été signalées.

Or, 4 cas de kératites disciformes authentiques ont été observés dans les Services d'ophtalmologie de l'hôpital Maillot à Alger, par M. ROZAN, et de l'hôpital du Val-de-Grâce, par le Professeur PAYRAU. Les kératites compliquaient des syndromes de FIESSINGER-LEROY-REITER apparus en Algérie.

La kératite disciforme, caractérisée par de vives douleurs, une baisse de l'acuité visuelle, un larmoiement souvent associés à des signes d'iritis grave, dessine au centre de la cornée une opacité circulaire blanc grisâtre au niveau de laquelle la sensibilité est abolie. Souvent se joint à ces signes un déséquilibre du tonus oculaire. L'affection évolue lentement, récidive fréquemment, mais enfin tout rentre dans l'ordre, parfois au prix d'une taie séquellaire. A la lampe à fente, on constate que le trouble siège dans les couches interstitielles de la cornée.

Cette forme de kératite a toujours été attribuée jusqu'à présent à un virus, virus herpétique pour FUCHS et KNAPP, virus vaccinal pour SCHIRMER, virus de la varicelle pour GREITER. Certains auteurs l'ont rencontrée au cours de complications de vaccination. CASSUTO décrit un cas de kératite disciforme bilatérale évoluant dans un contexte clinique de pneumopathie aiguë et l'attribue à un virus de sortie.

Nous rapportons ici les quatre cas de kératite disciforme dont nous avons parlé plus haut. Nous voyons que l'atteinte de la cornée

n'a pas été isolée mais accompagnée d'uvéite antérieure et même d'uvéite postérieure discrète ou flagrante deux fois. L'évolution a été longue : 4 mois, 6 mois, 10 mois et les malades ne sont pas à l'abri de rechutes.

OBSERVATION N° VII (*) : Gerv... Maurice, âgé de vingt-quatre ans. Rappelé en Algérie depuis juillet 1956.

Ne présente aucun antécédent digne d'être retenu.

7 septembre 1956 :

Le malade rentre dans le Service d'ophtalmologie de l'hôpital militaire d'Alger pour « conjonctivite aiguë bilatérale ». Traité par instillations de tifomycine puis de gantrisine. S'améliore nettement dans les jours qui suivent : V.O.D. : 10/10° ; V.O.G. : 10/10°.

26 septembre 1956 :

Récidive de la conjonctivite O.D.G. En raison d'une V.S. à 70 - 102, d'un état fébrile à 38°, de l'apparition d'une légère diarrhée depuis quarante-huit heures et d'une arthropathie douloureuse à la cheville gauche, l'on pense à un syndrome de FIESSINGER-LERY-REITER et le malade est évacué en médecine générale. Il présente un état général très altéré.

Traitement : A.C.T.H.-retard : 50 mg ; terramycine : 1 g ; localement, instillations de terramycine.

2 octobre 1956 :

Apparition de douleurs lombaires importantes. Graphie des articulations sacro-iliaques : légère décalcification des berges de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque gauche. Hémogramme : G.R. : 4.100.000 ; G.B. : 10.400 ; poly. neutro. : 77 ; monocytes : 1 ; moyens mono. et lymphocytes : 22. V.S. : 20 - 42. Electrophorèse : protides totaux : 67 g % ; A. : 58 % ; α_1 : 3,5 % ; α_2 : 13,5 % ; β : 13,5 % ; γ : 11,5 %. A./G. = 1,38. Electrocardiogramme normal.

6 octobre 1956 :

— O.D. : apparition d'une kératite disciforme centrale avec épaissement très accusé du parenchyme et plis importants de la Descemet. Tyndall : ++ ; V.O.D. : 1/10°. Traitement : atropine ; injections de tifomycine sous-conjonctivales ; hydrocortisone et pansements occlusifs.

9 octobre 1956 :

Apparition depuis quarante-huit heures d'une arthropathie du genou gauche avec volumineuse fluxion. Ponction suivie d'injection de 25 mg d'hydrocortisone. V.S. : 51 - 92. Température à 38°.

11 octobre 1956 :

— O.D. : infiltration très marquée de la cornée en son centre, avec accentuation des plis de la Descemet et existence de gros précipités blanc jaunâtre, localisés au

(*) Médecin-Colonel ROZAN (Service ophtalmologique de l'Hôpital Maillot d'Alger) avec la collaboration de MM. FERRAND, ROUMAGNAC, ERHARDT.

niveau de la lésion. Iris verdâtre se dilatant très mal. Très forte hyperémie du globe qui n'est pas très douloureux à la pression. Par contre, larmoiement, photophobie intense, et blépharospasme nécessitant l'aide d'écarteurs pour pratiquer l'examen.

Conjonctivite bilatérale toujours en évolution ; V.O.G. : 10/10°.

Traitement : pommade mydriatique forte. Hydrocortisone. Terramycine en instillation.

Cortisone : 200 mg. Pénicilline : 1.000.000 d'unités.

17 octobre 1956 :

Amélioration fonctionnelle et physique du genou gauche. Aggravation des phénomènes douloureux au niveau des articulations sacro-iliaques. V.S. : 56 - 95. Température : 38°.

— O.G. : apparition d'une kératite disciforme centrale, en tous points comparable à celle de l'œil droit. V.O.G. : 2/10°.

— O.D. : obtention d'une meilleure mydriase. On devine des éléments figurés en suspension dans le vitré. Cristalloïde antérieure restant encombrée de reliquats de fibrine et de dépôts pigmentaires frais. V.O.D. : 4/10°. Le traitement reste inchangé. Instillations de mydriatiques et d'hydrocortisone à gauche.

22 octobre 1956 :

— O.D. : amélioration très nette des signes inflammatoires de la segmentite antérieure. Le F.O. est aperçu utilement pour la première fois : œdème d'ensemble de la chorio-rétine avec dilatation intense des vaisseaux. Nombreux leucocytes en suspension dans le vitré. V.O.D. : 5/10° en u. st.

— O.G. : iridocyclite surajoutée à la kératite disciforme : œil très rouge. Mydriase obtenue sans difficulté.

Genou gauche pratiquement normal. Articulations sacro-iliaques restant douloureuses. Gonflement du gros orteil droit et talalgie droite. V.S. : 42 - 81.

Traitement : cortisone : 150 mg ; pénicilline : 1.000.000 d'unités.

26 octobre 1956 :

Amélioration importante de l'O.D. ; hyperémie encore très accusée des conjonctives palpébrales et bulbaires. Légère infiltration du centre cornéen, disparition des plis de la Descemet, précipités moins volumineux, moins nombreux, en voie de disparition. Cristalloïde antérieure bien déblayée et mydriase excellent. V.O.D. : 6/10° en u. st. Persistance de l'uvéite postérieure.

— O.G. : épaississement encore très marqué du centre cornéen. Plis importants de la Descemet et gros précipités en regard de la lésion. Humeur aqueuse très albumineuse ; mauvais mydriase. Orifice pupillaire obstrué par la fibrine. Fond d'œil non perçu. V.O.G. : < 1/10°.

Traitement : injections de chloramphénicol et d'hydrocortisone sous-conjonctivales. Delta-cortisone : 40 mg + pénicilline : 1.000.000 d'unités.

3 novembre 1956 :

— O.D. : disparition de tous les signes de kératite et d'irido-cyclite. Œdème léger de toute la chorio-rétine. V.O.D. : 8/10°.

— O.G. : uvéite en bonne voie d'amélioration, persistance de l'infiltration cornéenne. Plis de la Descemet moins nombreux et moins importants : V.O.G. : $1/10^{\circ}$

Disparition de la fluxion du gros orteil et de la talalgie droites. Epaule gauche douloureuse. V.S. : 20 - 46. Température : 38° .

8 novembre 1956 :

— O.D. : légère opalescence du centre de la cornée. Quelques précipités pigmentaires. Chorio-rétine encore légèrement œdématisée. V.O.D. : $9/10^{\circ}$.

— O.G. : amélioration importante des signes de kératite et d'irido-cyclite. V.O.G. : $3/10^{\circ}$. V.S. : 6 - 15. Température : $37^{\circ}5$.

13 novembre 1956 :

V.S. : 4 - 11. Arrêt de la delta-cortisone et reprise de l'A.C.T.H. pour quatre jours. E.G. profondément altéré.

22 novembre 1956 :

V.S. : 22 - 55. Poids : 46 kg. Reprise des douleurs lombaires. Graphie des sacro-iliaques : les berges des interlignes sacro-iliaques sont floues des deux côtés. Poignet droit légèrement empâté avec raideur antalgique.

— O.D. : œil rouge et légèrement douloureux. Tyndall : ++.

— O.G. : état stationnaire : la kératite est cependant résorbée pratiquement. Irido-cyclite et uvéite postérieure toujours en évolution bien qu'améliorées. Œil moins rouge. V.O.G. : $5/10^{\circ}$.

Traitement : delta-cortisone : 30 mg.

27 novembre 1956 :

V.S. : 40 - 76. Poids : 45 kg. Très mauvais état général.

3 décembre 1956 :

V.S. : 20 - 48. Poids : 45,500 kg. Amélioration des douleurs lombaires. Guérison du poignet droit. Examen cardio-vasculaire : sans anomalie depuis le début de la maladie. Electrocardiogramme normal.

8 décembre 1956 :

V.S. : 6 - 15. Poids : 46 kg.

— O.D.G. : cornées normales. Existence de quelques précipités frais au milieu de précipités pigmentaires à gauche. Dépôts pigmentaires sur les cristalloïdes antérieures. V.O.D. : $9/10^{\circ}$; V.O.G. : $7/10^{\circ}$.

Hydrocortisone sous-conjonctivale à gauche. Atropine O.D.G.

14 décembre 1956 :

V.S. : 3 - 8. Poids : 47 k.

Arrêt de la delta-cortisone. A.C.T.H. prescrit pour quatre jours.

24 décembre 1956 :

V.S. : 7 - 16. Poids : 49 kg. Etat général meilleur. Graphie des sacro-iliaques : normale. Absence d'arthralgies.

— O.D.G. : guérison des kératites et irido-cyclites. Persistance d'un léger œdème des deux chorio-rétines. V.O.D. : $9/10^{\circ}$; V.O.G. : $8/10^{\circ}$.

31 décembre 1956 :

V.S. : 7 - 16. Poids : 51 kg.

Syndrome de FIESSINGER-LEROY avec complications oculaires. Persistance d'arthralgies des chevilles avec atrophie musculaire importante. Vingt-huit jours de convalescence. A prolonger éventuellement. Pourra être libéré à l'issue.

OBSERVATION N° VIII (*) : Merl... Henri, âgé de vingt-deux ans.

Sans antécédents pathologiques.

15 septembre 1956 :

Apparition de troubles du transit ; forte diarrhée (dix à douze selles glairo-sanglantes par jour) enrayée par un traitement symptomatique, à l'infirmerie de son corps.

16 octobre 1956 :

Entre dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital militaire d'Alger pour « conjonctivite aiguë bilatérale », avec réaction ganglionnaire satellite peu douloureuse. Quarante-huit heures après, une urétrite se manifeste par des brûlures uréthrales à la miction ; il n'y a pas d'écoulement. Aucun contagé vénérien n'est retrouvé. Cette urétrite durera huit jours. L'on pense à un syndrome de FIESSINGER-LEROY et le malade est évacué en médecine générale.

18 octobre 1956 :

Electrocardiogramme : P.R. à 20/100°. V.S. : 41 - 90. Température : 37°5.

Traitement local : terramycine en instillation O.D.G.

25 octobre 1956 :

Apparition d'arthralgies au niveau de la cheville gauche et du poignet gauche. Conjonctivite O.D.G., sans changement. Electrophorèse : protides totaux : 63 g %₀₀ ; A. : 55,5 %₀₀ ; α_1 : 6 %₀₀ ; α_2 : 10 %₀₀ ; β : 12 %₀₀ ; γ : 16,50 %₀₀. A./G. = 1,24. Fibrinogène : 7,70 g %₀₀.

29 octobre 1956 :

Conjonctivite O.D.G. franchement purulente. Fluxion importante des articulations métacarpo-phalangiennes gauches. Arthralgies persistantes de la cheville et du poignet gauches. Apparition d'une kératite disciforme centrale de l'œil droit avec fort épaississement du parenchyme et plis de la Descemet. Tyndall de la chambre antérieure : ++++. V.S. : 30 - 95.

Traitement : cortisone : 300 mg. Localement : atropine + hydrocortisone en sous-conjonctivale.

2 novembre 1956 :

— O.D. : épaississement très important de la cornée avec augmentation des plis de la Descemet. Iritis. Tyndall très important. Photophobie. Blépharospasme. V.S. : 50 - 105. Traitement : sans changement.

(*) M. ROZAN, Hôpital militaire Maillot, Alger.

10 novembre 1956 :

Amélioration des signes de kératite. Disparition de la photophobie. Cornée moins infiltrée et disparition des plis de la Descemet. Mydriase satisfaisante. V.S. : 25 - 40.

20 novembre 1956 :

Guérison de la kératite droite. Disparition des arthralgies. Conjonctivites pratiquement terminées. Arrêt du traitement général.

3 décembre 1956 :

V.S. : 10 - 20.

Le malade sort : vingt-huit jours de convalescence à passer en métropole. Au bout de quinze jours de convalescence, apparition de nouvelles douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne s'exacerbant à la marche. Elles durent toujours lors du retour de l'intéressé en Algérie. L'articulation n'est pas tuméfiée.

30 janvier 1957 :

V.S. : 3 - 10.

Absence de tout signe oculaire et d'atteinte articulaire.

Electrophorèse : protides totaux : 69 %₀₀ ; A. : 65 % ; α_1 : 3,5 % ; α_2 : 7 % ; β : 10 % ; γ : 14,7 % . A./G. = 1,85.

9 février 1957 :

Sort en convalescence sur le centre de Dellys.

OBSERVATION N° IX (*) : Of... Claude, vingt-deux ans. Rapatrié sanitaire d'Algérie.

Entre dans le Service le 24 décembre 1957.

On apprend que le malade a souffert dans le courant du mois d'août, d'un syndrome dysentérique ayant durée quinze jours. Au début de septembre, apparaissent urétrite, conjonctivite et arthrite du genou gauche. Il est hospitalisé à ce moment à l'hôpital militaire Maillot à Alger. Au bout d'une semaine, la conjonctivite se complique d'irido-cyclite bilatérale et de kératite disciforme de l'œil droit.

Mydriatique. Collyre à l'hydrocortisone. Collyre tri-antibiotique.

L'amélioration se fait sentir trois semaines après le début et se poursuit.

Le 15 novembre, l'irido-cyclite est guérie et la kérato-conjonctivite est en nette régression.

L'état oculaire reste satisfaisant durant trois semaines, mais le 10 décembre, on assiste à une récurrence de l'irido-cyclite de l'œil gauche.

Le malade est rapatrié au Val-de-Grâce le 24 décembre.

A l'entrée dans le service :

— Œil droit : vision 8/10°.

— Léger trouble du stroma cornéen dans les couches moyennes.

(*) Communiquée par le Professeur PAYRAU, Hôpital du Val-de-Grâce.

- Gros précipités blancs de la Descemet localisés au centre.
- Tyndall dans la chambre antérieure.
- Cristallin, vitré, iris : normaux.
- *Œil gauche* : vision 9/10°.
 - Quelques fins précipités sur la Descemet.
 - Léger Tyndall de la chambre antérieure.
 - Cristallin, iris, vitré : normaux.
- *Au fond d'œil* :
 - Congestion veineuse légère. Tortuosités vasculaires, peut-être en rapport avec le traitement à la delta-cortisone ininterrompu depuis trois mois.
 - Pas de lésions chorio-rétiniennes.
 - Tension artérielle des globes droit et gauche : 35.
 - Traitement : delta-cortisone : 4 comprimés par jour ; atropine.
 - L'état va s'améliorant et, le 18 janvier 1958, le malade part en convalescence.
 - Il est réhospitalisé le 17 février 1958.
 - Examen à l'entrée dans le service :
 - Blépharite bilatérale.
 - Hyperémie des conjonctives palpébrales, surtout marquée dans la région du tarse.
 - Photophobie légère de l'œil droit.
 - Œil droit* : vision 9/10°.
 - Cornée : léger trouble du stroma dans la région centrale ; gros précipités blancs sur la Descemet.
 - Par ailleurs, segments antérieurs, postérieur, fond d'œil, tonus : normaux.
 - Œil gauche* : vision 9/10°.
 - Quelques fins précipités sur la Descemet.
 - Par ailleurs, examen normal.
 - Départ en convalescence le 13 mars.
 - Réhospitalisation le 14 avril.
 - Œil droit* :
 - Blépharite, conjonctivite, irido-cyclite ; vision : 3/10°.
 - Cornée : persistance d'un léger trouble du stroma dans la région centrale.
 - Gros précipités sur la Descemet.
 - Chambre antérieure : Tyndall discret.
 - Par ailleurs, examen normal.
 - *Œil gauche* : vision 9/10°.
 - Tyndall discret de la chambre antérieure.

Au cours de cette nouvelle hospitalisation, le malade se plaint parfois d'arthralgies, d'écoulement urétral intermittent, de céphalées. On pratique divers examens, entre autres un prélèvement conjonctival qui montre de nombreuses cellules épithéliales desquamées, quelques polynucléaires peu altérés, aucun germe.

Une radiographie montre l'intégrité des articulations sacro-iliaques.

Sortie du malade le 24 avril pour un mois de convalescence.

Il revient le 29 mai.

Examen à l'entrée :

— Œil droit :

- Acuité : 2/10°.
- Irritation avec douleurs péri-orbitaires.
- Blépharo-conjonctivite intense.
- Photophobie, blépharospasme, larmoiement.
- Injection péri-kératique.
- Cornée : infiltration des couches moyennes dans la partie centrale, précipités blanchâtres sur la Descemet.
- Epreuve à la fluorescéine : négative.
- Sensibilité cornéenne très diminuée.

— Œil gauche :

- Acuité : 9/10°.
- Blépharo-conjonctivite moins intense qu'à droite.
- Sensibilité cornéenne diminuée.

Ce nouvel épisode a débuté il y a quinze jours et a été précédé d'un épisode dysentérique. Pas d'arthralgies.

Traitement : atropine ; auréomycine ; sanclomycine.

Le 2 juin :

Nette amélioration.

Frottis conjonctival : ni germe, ni inclusions à l'examen direct.

Culture : présence d'un staphylocoque pathogène sensible à tous les antibiotiques et d'un streptocoque non hémolytique sensible à la plupart des antibiotiques.

Jusqu'au début du mois d'août, la cornée restera œdémateuse avec infiltration interstitielle centrale disciforme, avec gros précipités sur la Descemet. La sensibilité cornéenne reste très diminuée.

A ce moment, se produit une amélioration qu'on attribue à un traitement à la phénylbutazone institué le 15 juillet. En effet, au début de juillet, sont apparues des gonalgies droite et gauche avec hydarthrose.

Le 15 août 1958 :

L'infiltration disciforme de la cornée est en nette régression, quelques précipités sur la Descemet disposés en couronne. La conjonctivite persiste malgré toutes les instillations de collyre.

Le malade part en convalescence.

— *En résumé* : Au mois d'août 1957, une diarrhée est suivie de conjonctivite, d'urétrite, d'arthrite ; quinze jours après, la conjonctivite se complique d'iridocyclite et de kératite disciforme de l'œil droit. La guérison est obtenue au bout de deux mois, mais l'iridocyclite récidive au mois de décembre, suivi par une récidive de la kératite disciforme au mois de mai de l'année suivante.

OBSERVATION N° IX (*) : Le... André, vingt et un ans. Neuf mois de service dont trois en Algérie.

Entre au Val-de-Grâce le 4 décembre 1958.

Le malade a présenté dès son arrivée en Algérie, en octobre, un épisode diarrhéique, puis quinze jours plus tard une irritation conjonctivale bilatérale en même temps qu'une uréthrite non purulente.

Fin octobre, apparition d'arthralgies qui se localisent au coude gauche. Traitement : cortancyl, pénicilline, puis terramycine. Bidactyl et phénylbutazone.

Au cours du traitement, amélioration de la monoarthrite, non guérie cependant. Apparition d'éruption balanique. On l'évacue en France.

A l'examen oculaire :

- Œil droit : acuité visuelle : 10/10°.
- Œil calme, conjonctivite palpébrale.
- Œil gauche : acuité visuelle : 5/10°.
- Œil irrité et légèrement photophobe.
- Injection conjonctivale et périkeratique.
- Deux zones d'opacification cornéenne sans vascularisation et prenant la fluorescéine, l'une para-centrale et l'autre voisine du limbe à 7 h.
- Très important Tyndall de la chambre antérieure avec nombreux fins précipités plaqués contre la face postérieure de la cornée.
- L'iris est en dilatation encore moyenne mais régulière. Il est très vascularisé.
- Nombreux dépôts pigmentés fins sur la cristalloïde antérieure.
- Pas de synéchie irido-cristallinienne actuellement visible.
- Tonus oculaire normal.
- Fond d'œil mal visible derrière l'important Tyndall.
- Sensibilité cornéenne normale.

Par ailleurs :

- Vitesse de sédimentation : 42 - 67 - 82.
- Numération-formule : G.R. : 4.960.000 ; G.B. : 11.200 ; polynucléaires : 55 ; éosinophiles : 4 ; lymphocytes : 39 ; mononucléaires : 2.
- Frottis conjonctivaux : on n'a pas retrouvé de cellules à inclusions.
- Des radiographies sacro-iliaques montrent une anomalie de la charnière lombo-sacrée avec aspect moucheté de la trame osseuse.
- La balanite, apparue en novembre, disparaît avec un T^r à l'auréomycine et Dalibour.

Le 8 décembre :

- Œil droit : calme ; acuité visuelle : 10/10°.
- Œil gauche : acuité visuelle : 1/10°.
- Photophobie. Injection périkeratique. Cornée œdémateuse.
- Epreuve à la fluorescéine négative. Sensibilité normale.

(*) Professeur PAYRAU, Hôpital du Val-de-Grâce.

- Infiltration des couches profondes, affectant une répartition disciforme non vascularisée. Cette infiltration est segmentée par des zones claires (plis de la Descemet) qui laissent voir des précipités à la face postérieure de la cornée.
- La dilatation irienne est assez complète, mais on ne peut affirmer qu'il n'existe pas de synéchies.

Le 18 décembre :

- Amélioration. Persistance d'une légère injection périkeratique prédominant du côté nasal.
- Acuité visuelle : 6/10°.
- Fines bulles parenchymateuses cornéennes limitant l'infiltration disciforme en régression.
- Tyndall de la chambre antérieure.

Le 22 décembre :

- Amélioration ; acuité visuelle : 10/10°.
- L'infiltration disciforme de la cornée a presque entièrement disparu.
- Tyndall persistant.
- Nombreux éléments du vitré.

L'amélioration progressant toujours, le malade part en convalescence au bout d'un mois.

— *En résumé :* Il s'agit d'un épisode oculaire ayant duré quatre mois, à type d'iridocyclite associée à une kératite disciforme, compliquant un syndrome de FIESSINGER-LEROY-RETTET.

COMPLICATIONS UVÉALES

Parmi ces complications, on rencontre surtout des uvéites antérieures, mais nous verrons que l'uvéite postérieure est possible également. Contrairement à ce qui a été écrit jusqu'à ces dernières années, l'atteinte iridociliaire est loin d'être rare dans le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, mais en revanche elle peut être très discrète. Elle fut signalée dès les premières publications de cas de syndrome oculo-uréthro-synovial.

En 1916, REITER, dans son observation princeps, voit au cours de la longue évolution du syndrome la conjonctivite se compliquer d'iritis de l'œil droit ; elle durera environ deux semaines.

En 1917, COSSE et DELORD observent, sur 12 conjonctivites, un cas d'iritis associé à une kératite, unilatéral. La même année, MORAX rapporte une observation d'iritis ayant évolué par crises successives au cours d'une atteinte de rhumatisme et un autre cas d'iritis unilatéral après atteinte dysentérique.

En 1918, MAXWELL et KRIEP signalent 19 cas d'iridocyclite, 13 bilatérales et 6 unilatérales.

D'autre part, MANSON-BAHR en signale 2, WORMS et SOURDILLE 1, GOUNELLE et MARCHE 2 iritis sur 47 cas.

Ilmari PARONEN rencontre 298 cas d'atteinte oculaire au cours de l'épidémie de syndrome oculo-uréthro-synovial qui sévit en Finlande en 1943, 11 iritis, 10 kérato-iritis et 1 iridocyclite.

Mme MAIGNIEN-COURARD et MARCHE, en 1950, rapportent 3 cas d'atteinte irido-ciliaire au cours du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

En 1956, sur 39 cas observés à l'hôpital militaire de Constantine, THALABARD voit 4 cas d'iritis dont un eut une évolution fonctionnelle « catastrophique ».

Sur 97 cas observés à l'hôpital militaire d'Alger la même année, ROUMAGNAC, FERRAND et PERNOD rencontrent 1 iritis et 2 irido-cyclites.

Sur 30 cas à l'hôpital militaire d'Oran, FOURCADE et COUADAU notent 14 manifestations d'uvéite, soit 46 %, dont 6 formes furent sévères, 3 moyennes et 5 légères.

De même, le Professeur PAYRAU pense que l'élément oculaire du syndrome est constitué dans la moitié des cas par des kératites ou plus souvent des uvéites.

CSONKA, en 1958 en Angleterre, dit avoir observé un pourcentage de 10,8 % d'iritis dans les syndromes de REITER, tel qu'il l'appelle à l'étranger.

La manifestation uvéale a une intensité très variable suivant les cas, et si on rencontre des uvéites aiguës et suraiguës, on voit bien souvent une participation ciliaire que signalent seulement un léger tyndall, quelques fins précipités à la face postérieure de la cornée ; aussi en présence d'une « conjonctivite » de syndrome oculo-uréthro-synovial, il convient de rechercher attentivement : larmolement, photophobie et cercle péri-kératique plus ou moins légers.

Classiquement, on se reporte à la description de WORMS et SOURDILLE : « Iritis banale, plastique, avec photophobie et douleurs orbitaires, baisse rapide de l'acuité visuelle, injection péri-limbique, gonflement irien avec tendance aux synéchies. Une descemétite, un trouble plus ou moins important du corps ciliaire et de la choroïde. L'hypotonie est le règle. C'est en somme le tableau de l'irido-cyclite rhumatismale. »

L'iritis constitue l'atteinte oculaire la plus dangereuse du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, et on observe en général qu'une atteinte irienne grave est associée à une violente atteinte articulaire concomitante. Elle dure de un à cinq mois pour ILMARI PARONEN, et les rechutes sont fréquentes, surtout dans les formes graves. Elles éclatent brusquement et même sous traitement. C'est alors que l'atteinte fut d'abord conjonctivale. En effet, pour VOSSIUS et MORAX, l'iritis secondaire à la conjonctivite apparaît au trente-quatrième - trente-cinquième jour de la maladie, du vingt-cinquième au trente-septième jour pour KRIEP.

Nous reproduisons ici 3 observations rapportées par MM. FOURCADE et COUADAU ; elles montrent le début du syndrome oculaire qui paraît d'abord bénin puis qui se complique brusquement d'irido-cyclite :

OBSERVATION N° XI (*) : Soldat de vingt et un ans.

Fin octobre 1956, apparaît un syndrome oculo-uréthro-synovial typique, complet, grave avec une température oscillant autour de 39°. Tandis qu'évoluent les mani-

(*) Rapportée par MM. FOURCADE et COUADAU.

festations articulaires très sévères qui vont le confiner au lit, il présente le 2 novembre une irido-cyclite très aiguë à droite, puis le 5, à gauche.

Le traitement donne une sédation satisfaisante, mais le 2 décembre, l'œil gauche est le siège d'une poussée suraiguë. Cette récurrence est telle que, le 10, une grosse « couenne » fibrineuse réalisant un « pseudo-cristallin » dans la chambre antérieure une paracentèse est pratiquée. L'amélioration consécutive se termine le 10 janvier par une récurrence aiguë sur l'œil droit cette fois, alors que le malade traité depuis trois mois est en particulier sous cortisone, locale et générale.

Ce n'est que fin mars que les deux yeux sont enfin calmes, mais porteurs de synéchies nombreuses. L'acuité est de 7/10^e à droite et de 4/10^e à gauche. L'évolution aura duré plus de quatre mois.

Ajoutons que l'état général déficient, les troubles articulaires et la considérable amyotrophie faisaient de ce malade un véritable grabataire. C'est la forme « septicémique » de MARCHE.

OBSERVATION N^o XII (*) : Officier de vingt-trois ans.

Hospitalisé en juillet 1957 pour un syndrome d'intensité moyenne et qui semble évoluer favorablement.

Fin septembre, l'état est satisfaisant lorsque apparaît brutalement une uvéite aiguë, plastique, très douloureuse sur l'œil gauche. Le traitement calme cette manifestation, mais le 3 novembre, c'est à droite qu'une uvéite aussi aiguë se manifeste et, le 10, une nouvelle poussée moins violente se déclenche sur l'œil gauche.

Fin décembre, il persiste encore de nombreux éléments figurés dans le vitré, mais les yeux sont calmes et l'acuité est de 8/10^e.

OBSERVATION N^o XIII (*).

En août 1957, ce jeune soldat est traité pour un syndrome oculo-uréthro-synovial. Localement, il présente une conjonctivite aiguë, accompagnée d'un petit cercle péricératique bilatéral, sans Tyndall.

L'évolution banale est coupée subitement le 9 septembre 1957 par l'apparition d'une irido-cyclite à gauche, de moyenne intensité, la thérapeutique classique donne une guérison apparente, assez rapide et le malade part en convalescence.

Le 12 novembre, il est réhospitalisé pour une nouvelle irido-cyclite gauche alors que les douleurs articulaires reprennent. Cette poussée cédera aussi au traitement pour reprendre encore une fois, plus légère, en décembre.

— *En résumé* : Dans ces 3 cas, l'uvéite vient compliquer une conjonctivite qui semblait évoluer favorablement en association avec l'urétrite et l'arthrite du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

(*) Rapportées par MM. FOURCADE et COUADAL.

Mme MAIGNIEN-COURARD, en 1950, rapporte un cas semblable au cours duquel on voit la conjonctivite apparemment guérie récidiver, puis se compliquer d'une iritis, tandis qu'évolue par ailleurs le syndrome articulaire :

OBSERVATION N° XIV (*) : Pr..., vingt-six ans.

1° Episode diarrhéique en juillet. Guérison sans traitement en trois ou quatre jours.

2° Douze jours plus tard : conjonctivite bilatérale : rougeur très marquée, larmoiement, paupières collées le matin.

Le lendemain, apparition de brûlures uréthrales à la miction pendant deux à trois jours, sans écoulement. Pas de fièvre.

Traitement banal de la conjonctivite, guérison en une dizaine de jours.

Le 1^{er} août : arthrite tibio-tarsienne bilatérale avec gonflement, douleurs très marquées, entraînant une impotence absolue, gros œdème du dos du pied. Température à 38°, arthralgies fugaces aux membres inférieurs ; épistaxis récidivantes.

L'évolution se poursuit sans changement pendant tout le mois d'août. Les tibio-tarsiennes restent prises, les phénomènes algiques atteignent différents articles. Pas de fièvre.

La conjonctivite, apparemment guérie au début du mois, ne cesse de récidiver ainsi que les épistaxis.

3° Lors de l'examen en septembre, reprise de la conjonctivite, hyperhémie légère, larmoiement à la lumière, le malade se plaint d'une baisse de l'acuité visuelle.

Au niveau des articulations tibio-tarsiennes, persistance de douleurs qui rendent les mouvements encore difficiles. Quelques arthralgies au niveau du genou.

Examen oculaire : légère conjonctivite banale des deux yeux. A la lampe à fente, on note des signes nets d'une iritis non évolutive actuellement, mais paraissant encore assez récente. Elle intéresse surtout l'œil droit qui présente des synéchies postérieures nettes avec remaniement pigmentaire sur la cristalloïde antérieure. L'œil gauche ne présente que quelques dépôts pigmentaires sur la villoïde et sur la face profonde de la cornée.

Le 30 septembre, persistance d'arthralgies des chevilles et des genoux.

Guérison de la conjonctivite. Au niveau de l'iris, il persiste quelques synéchies qui s'atténuent progressivement. Les dépôts pigmentaires persistent, le jeu pupillaire est normal, la chambre antérieure claire, le fond d'œil est normal ; acuité visuelle : 10/10^e des deux côtés.

Le 25 novembre, le séro-diagnostic a été positif au 1/100^e au bacille de Shiga.

— *En résumé* : Syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER où la triade est au complet et se complique un mois après le début de la maladie d'une iritis bilatérale. Evolution favorable.

(*) Rapportée par Mme MAIGNIEN-COURARD.

Parfois l'atteinte irido-ciliaire survient d'emblée, et dans les formes très discrètes c'est souvent le cas. A la conjonctivite s'associent quelques précipités de descemétite, un phénomène de tyndall plus ou moins durable. Mais il arrive que des irido-cyclites aiguës graves se déclarent très vite après que le malade commence à souffrir de sa conjonctivite. On peut dire qu'il s'agit alors d'atteinte irido-ciliaire d'emblée. GOUNELLE et MARCHE ont signalé 2 cas de ce genre. VAILHÉ et FOURCADE rapportent 4 cas où l'atteinte oculaire a été irido-ciliaire d'emblée sous forme d'irido-cyclite aiguë plastique nécessitant l'emploi de l'adrénaline sous-conjonctivale. ILMARI PARONEN signale 2 cas semblables.

Nous reproduisons ici une observation rapportée par MM. VAILHÉ et FOURCADE. L'irido-cyclite ici est grave, d'emblée, et les récidives sont sévères également ; l'évolution a duré quatre mois et le malade conserve des synéchies.

OBSERVATION N° XV (*) : G... Jean, vingt et un ans. Arrivé en Algérie depuis un mois seulement.

Présente le 15 octobre 1956 une conjonctivite aiguë bilatérale qui, en quelques jours, se complique d'une irido-cyclite aiguë plastique grave, pour laquelle il est admis dans le Service d'ophtalmologie le 19 octobre 1956. Mais le 23 octobre, il est adressé dans le Service de médecine car il présente des arthralgies.

A son arrivée dans le Service, la conjonctivite est guérie mais il existe :

- des manifestations articulaires : les douleurs ont débuté à la nuque puis se sont étendues aux deux articulations tibio-tarsiennes qui sont chaudes, rouges, tuméfiées, très douloureuses ;
- des manifestations génitales : balanite érosive étendue avec écoulement urétral abondant, purulent, douloureux ;
- des signes généraux d'infection grave : fièvre à 39°5, tachycardie à 120, sueurs, facies terreux et pâle.

Par ailleurs, l'examen est sans particularités, notamment il n'y a pas de lésions cardiaques. L'électrocardiogramme est normal.

Les examens complémentaires confirment, s'il en était besoin, la réalité d'un syndrome poly-articulaire inflammatoire : vitesse de sédimentation globulaire : 80 mm à la première heure. Fibrinémie : 8,80 g. Electrophorèse : albumine : 46,20 g ; globulines α_1 : 2,70 ; α_2 : 20,80 ; β : 13,90 ; γ : 16,40. Rapport A./G. = 0,86.

L'hémogramme ne montre pas d'anémie ; leucocytose : 16.000 ; polynucléose : 80 %.

Coprocultures et séro-diagnostic Shiga et Flexner négatifs.

Prélèvement urétral : ni gonocoques, ni inclusions cellulaires.

(*) Rapportée par MM. VAILHE et FOURCADE.

EVOLUTION

Premier mois : 23 octobre - 23 novembre

Dès son arrivée, le malade reçoit :

- Cortisone : 30 mg.
- Auréomycine : 1,50 g.
- Complexes vitaminiques B.
- Vitamines C.

Cliniquement, l'état général s'aggrave : fièvre oscillante, amaigrissement, anorexie.

Le 25 octobre :

Atteinte articulaire du genou droit, très douloureux ; fonte musculaire rapide du quadriceps. On doit immobiliser le malade sur gouttière.

Le 5 novembre :

Atteinte du genou gauche. L'atrophie musculaire atteint 14 cm au tiers moyen des cuisses. Le malade n'est soulagé que par une deuxième gouttière qui corrige l'équinisme débutant des pieds.

Le 2 novembre :

Première rechute oculaire : irido-cyclite de l'œil gauche avec léger Tyndall. Aggravation du 2 au 7 malgré atropine et cortisone. Myosis. Pas de dilatation par l'atropine. On pratique des injections sous-conjonctivales d'adrénaline et d'hydrocortisone. L'état oculaire ne sera satisfaisant que le 20 novembre 1956. Les localisations génitales guérissent simplement en quinze jours. La leucocytose atteint 28.000 G.B. dont 80 % de polynucléaires.

Deuxième mois : 23 novembre - 23 décembre

La fièvre a eu une discrète tendance à l'amélioration. Elle oscille entre 38° et 38°4. Mais l'état général est très altéré. L'amaigrissement s'ajoutant à l'atrophie musculaire est impressionnant ; le malade ne peut se lever bien que libéré de ses gouttières.

La thérapeutique est identique à celle du premier mois jusqu'au 1^{er} décembre. A cette date, les phénomènes articulaires inflammatoires diminuent d'intensité, quelques mouvements au lit sont possibles.

On espère pouvoir cesser progressivement l'hormonothérapie. Les doses seront réduites pendant deux jours à 15 mg, mais le 2 décembre, une deuxième rechute oculaire oblige à reprendre bien vite l'administration de delta-cortisone. Elle sera d'une sévérité exceptionnelle. L'œil gauche est le siège d'une irido-cyclite grave entraînant des précipités importants de fibrine, à la partie inférieure de la chambre antérieure, des synéchies nombreuses et difficilement réductibles.

Le 13 décembre :

On pratique dans le Service d'ophtalmologie une paracentèse de la cornée et des injections sous-conjonctivales d'adrénaline.

Le port d'un bandeau binoculaire devient indispensable pour mettre l'œil au repos, et le malade déjà confiné au lit est dans une condition précaire. La guérison

de cette poussée ne sera obtenue à grand-peine que fin décembre. Fort heureusement, il n'y a pas eu durant ce mois de poussées articulaires. Le syndrome biologique est identique à celui du début.

Fin décembre, la poussée oculaire améliorée, on arrête l'hormonothérapie et l'administration d'auréomycine. Nous étions impatient de suspendre ce traitement antibiotique poursuivi sans relâche, sinon sans crainte, depuis deux mois ! Il l'a d'ailleurs bien toléré sans signes d'intolérance digestive.

Troisième mois : 25 décembre - 25 janvier

Ce mois marque le début du déclin de la maladie du point de vue articulaire. Le malade peut être facilement mobilisé au lit. Il s'alimente et reprend du poids. La fièvre est très modérée aux environs de 37°5-38°. La sédimentation est toujours élevée et l'électrophorèse perturbée.

Jusqu'au 10 janvier :

Le malade ne recevra qu'une médication vitaminique.

Mais à cette date, troisième rechute oculaire au niveau de l'œil droit qui est rouge et présente un imposant tyndall, et de la photophobie. Localement, on emploie à nouveau l'atropine et l'hydrocortisone.

Craignant une aggravation, nous reprenons bien vite l'hormonothérapie et nous prescrivons 1 g de terramycine *per os* quotidien ; l'auréomycine sera poursuivie un mois. La poussée oculaire va demander quinze jours pour guérir et la sédimentation se maintiendra élevée jusqu'à fin janvier.

Il est à noter que ni la courbe thermique, ni la V.S. n'ont été influencées par la poussée oculaire.

Quatrième mois : fin janvier - fin février

Convalescence. Les yeux ne présentent plus de signes inflammatoires, mais des synéchies. Acuité visuelle normale.

— *En résumé :* Irido-cyclite aiguë récidivant trois fois, compliquant un syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER grave.

L'irido-cyclite apparaît parfois sous traitement. ROUMAGNAC, FERRAND et PERNOD ont signalé 3 cas. BENKEMOUN, 1 cas en 1953.

FOREST a fait remarquer que l'iritis survient surtout au cours des rechutes oculaires. Plusieurs auteurs ont signalé des iritis de rechute (MARCHE, Mme MAIGNIEN-COURARD, OFFRET). Alors l'atteinte uvéale peut survenir beaucoup plus tard, quand le syndrome oculo-uréthro-synovial primitif aura été oublié ; ce sera alors une uvéite isolée et, ainsi que l'écrivent MM. FOURCADE et COUADAU, en présence d'une iritis ou d'une irido-cyclite qualifiée « rhumatismale », il convient de rechercher dans les antécédents les épisodes intestinaux, uréthraux et arthralgiques anciens. Nous n'en voulons pour illustration que les deux observations suivantes :

OBSERVATION N^o XVI (*) : Malade de quarante-cinq ans environ, hospitalisé à l'hôpital Cochin.

Lors d'une première consultation, il était porteur d'une uvéite récidivante de l'œil droit qui semblait en rapport avec un traumatisme ancien de l'œil gauche. L'interrogatoire du malade apprend en réalité qu'il avait présenté un rhumatisme du genou, ensuite une arthrite de l'épaule l'ayant empêché de dormir pendant plusieurs semaines et que tout ceci était apparu au décours d'un syndrome dysentérique grave qui l'avait surpris lorsqu'il était dans un camp de prisonniers en 1940.

— *En résumé* : il s'agissait donc de syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER, et l'uvéite récidivante que présentait ce malade n'était qu'une des manifestations de ce syndrome.

OBSERVATION N^o XVII (**) : Homme de quarante et un ans. Restaurateur.

Ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral digne d'être noté.

— *Vers quatorze ans*, le malade a présenté un état fébrile étiqueté paratyphoïde sans preuve bactériologique ni sérologique.

— *A vingt ans*, survient en Algérie, sans paludisme ni dysenterie, une polyarthrite fluxionnaire, polyarticulaire douloureuse et fébrile qui cède lentement au traitement salicylé ou en coïncidence avec celui-ci. Elle récidive deux mois après sa guérison et s'accompagne des premières poussées d'iritis.

— *A trente ans*, nouvelle crise rhumatismale débutant par une angine et s'accompagnant d'un écoulement urétral où on ne trouve pas de gonocoque. Rechute de l'iritis.

— *De trente à quarante ans*, nouvelle série d'iritis qui récidive malgré les traitements. Ces poussées aiguës s'accompagnent d'arthralgies et surtout d'épisodes diarrhéiques sans dysenterie.

— *A quarante et un ans*, le malade présente de façon incessante des poussées d'iritis qui lui rendent la vie intolérable et lui font négliger les autres manifestations qui pourtant persistent : poussées fluxionnaires et écoulement urétral intermittent et indolore avec balanite. Tous les traitements de l'iritis échouent jusqu'au jour où le Docteur PAUFIQUE institue un traitement chirurgical. A partir de ce moment, les crises ne se renouvellent plus mais les autres éléments du syndrome persistent.

Les divers examens de laboratoire sont les suivants : accélération de la vitesse de sédimentation, séro-diagnostic dysentérique négatif ainsi que l'examen des selles.

(*) Rapportée par M. Guy OFFRET.

(**) Rapportée par M. MARCHE.

A l'examen direct de la sécrétion urétral, même après réactivation : aucun germe, la culture est négative. Bordet-Wassermann négatif, radiographie pulmonaire normale.

— *En résumé* : Dans ces deux cas, uvéite compliquant à long terme un syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

Nous joignons à ces observations, 2 cas rencontrés dans le Service d'ophtalmologie du Val-de-Grâce (Professeur PAYRAU).

Le premier est celui d'un soldat qui a souffert en 1956 d'un épisode oculo-synovial lors d'un séjour en Algérie. En 1958, une iridocyclite aiguë le ramène à l'hôpital.

La seconde observation concerne un officier de cinquante ans dont les crises d'iritis ont commencé en 1931 et qui a été hospitalisé au Val-de-Grâce en 1954 et 1955.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION N° XVIII : Bl., Maurice, vingt-cinq ans.

A eu en 1956 un épisode oculo-synovial soigné à Oran.

L'affection actuelle a débuté il y a 8 jours par une douleur de l'œil droit.

Le 7 mars 1958 :

A l'examen, on remarque une forte injection périkeratique, une hyperhémie conjonctivale, une mydriase atrophique, une photophobie discrète.

L'œil gauche est calme.

Cet état s'est instauré depuis quatre jours avec quelques douleurs articulaires depuis deux ou trois jours.

Examen à la lampe à fente de l'œil droit :

- Tyndall important dans la chambre antérieure ;
- fins précipités sur la Descemet ;
- cercle pigmentaire sur la cristalloïde antérieure.

Examen au fond d'œil :

- bonne lueur pupillaire ;
- vitré un peu trouble ;
- œdème modéré radiaire perimaculaire de la rétine.

Traitement antibiotique — Atropine — Hydrocortisone locale.

Le lendemain :

- Nette aggravation.
- Iritis suraiguë.
- Chambre antérieure extrêmement trouble, avec hémorragie.
- Fond d'œil mal visible, semble normal. Tonus bon.

Traitement : choc.

Le 10 mars :

- Chambre antérieure fibrineuse.

— Iris se dilte mal et multiples synochies.
Novocaïne — Ponction de chambre — Sangsue.

Le 12 mars :

Sangsue : amélioration spectaculaire.
Vitré très trouble.

On pratique différents examens complémentaires entre autres une gonoréaction qui se révèle négative et un examen urologique. En effet, on a appris que le sujet a eu une gonococcie en 1955. L'examen urologique montre au niveau de la corne prostatique gauche une infiltration correspondant à une vésicule séminale cartonnée. Lobe gauche prostatique hypertrophié, lésion correspondant probablement à un foyer infectieux ancien.

L'amélioration au point de vue oculaire, obtenue à l'aide de l'application de sangsue, se maintient. On continue le traitement antibiotique, associé à l'atropine et à l'hydrocortisone locale.

Et, le 5 avril, le malade part en convalescence.

— *En résumé :* Un épisode oculo-uréthro-synovial bénin en 1956 est suivi deux ans après d'une uvéite aiguë unilatérale. Encore faut-il noter que le sujet avait eu une gonococcie en 1955.

OBSERVATION N° XIX : Le..., cinquante ans.

Rentre dans le service le 26 janvier 1954.

L'interrogatoire apprend que des crises d'iritis ont commencé en 1931, se sont répétées 4 fois à droite comme à gauche jusqu'en 1939.

En 1942, il fait un syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER au Maroc. Nouvelle crise d'iritis aux U.S.A. en 1947, traitée uniquement par l'atropine.

En 1953, crise d'arthrite au genou droit, puis épisode dysentérique, puis iritis.

A l'entrée dans le service :

— *Œil droit :* acuité 9/10°.

- Cornée normale, chambre antérieure normale.
- L'iris paraît épais, comme enroulé sur lui-même. Synéchies postérieures.
- Opacité dans le cristallin.
- Fond d'œil non visible : pupille en myosis malgré l'atropine.
- Tension oculaire normale aux doigts.

— *Œil gauche :* acuité ; compte les doigts à 15 cm.

- Cornée : plis de la Descemet.
- Tyndall de la chambre antérieure.
- Iris en voie d'atrophie, avec synéchies postérieures sur presque tout le pourtour pupillaire. La pupille est complètement obstruée par une plaque blanche d'exsudats.
- Tension oculaire normale.

On pratique différents examens complémentaires, numération et formule sanguine qui montre une légère anémie, une légère leucocytose ; des vitesses de sédimentation : accélération très nette, 35-68.

Test de Thorn :

— Tube I : 344 éosinophiles par mm³

— Tube II : 326 « «

Examen parasitologique des selles : selles liquides, ni amibes, ni kystes, ni parasites, mais leucocytes en abondance.

Traitement : butazolidine, atropine, cortisone. On y ajoute allochrysine tous les cinq jours et stérandryl une fois par semaine du 28 janvier au 25 février.

Le malade sort et vient en consultation régulièrement jusqu'en mai 1954.

Le 10 juin 1954 :

Récidive de l'iritis droite avec hypertonie. Le malade est hospitalisé jusqu'à la fin de juillet.

Atropine — Pénicilline — Lait.

Après une amélioration, surviennent deux crises d'hypertonie.

Injection rétro-bulbaire de novocaïne à 4 % — Chlorpromazine — Phénergan.

Le 7 août :

Iridectomie droite.

Suites opératoires sans complications.

Au mois de septembre se manifeste une poussée d'uvéite gauche et, en janvier 1955, nouvelle intervention : iridectomie gauche.

Suites opératoires locales simples mais apparition de foyer pulmonaire avec petit épanchement. On décide une ponction jour le lendemain, mais à ce moment le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

On le revoit quatre mois plus tard.

— Œil droit : acuité 7/10°. L'iris est plat, ne bombe pas, légèrement atrophique, non vascularisé. Le cristallin semble s'opacifier.

— Œil gauche : iris non vascularisé. Iridectomie tapissée de pigments.

— *En résumé* : Un syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER est venu aggraver l'évolution d'iritis récidivantes, conduisant à des poussées d'hypertonie nécessitant l'iridectomie.

Nous ne reparlerons pas des *observations n^{os} VII, VIII, IX et X*, où l'atteinte irido-ciliaire accompagnait des kératites disciformes.

L'atteinte du segment uvéal postérieur n'a pas encore été signalée comme complication du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

ILMARI PARONEN ne l'a pas rencontrée, ni THALABARD, ni FERRAND et ROUMAGNAC, récemment.

Par contre, M. ROZAN a vu une uvéite postérieure accompagnant une kératite disciforme (*observation n^o VII*).

MM. FOURCADE et COUADAU signalent deux cas : *observation n^o XII* et le cas suivant :

OBSERVATION N° XX : Soldat de vingt et un ans.

Hospitalisé en octobre 1957.

Une diarrhée, une irido-cyclite aiguë, un écoulement urétral, de violentes arthralgies du membre supérieur gauche accompagnés d'une vitesse de sédimentation accélérée assurent le diagnostic de syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER. Au moment où le calme semblait revenu, une récurrence de l'irido-cyclite suraiguë, rebelle au traitement, plastique et douloureuse, va laisser, fin novembre, de nombreuses synéchies postérieures et d'importants dépôts pupillaires. Le vitré présente de nombreux éléments figurés.

Le malade part en convalescence, mais, en janvier 1958, on observe une uvéite postérieure : large plaque exsudative temporale qui ne cèdera qu'à un traitement prolongé au cortancyl.

En avril, une nouvelle uvéite antérieure, extrêmement violente, ramène le malade à l'hôpital.

— *En résumé* : Seul le facteur oculaire du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER n'a pas évolué aussi favorablement que les autres éléments de la triade symptomatique et constitue dans ce cas précis une complication grave.

Nous ajouterons l'observation suivante étudiée dans le service du Professeur PAYRAU (Val-de-Grâce). Il s'agit d'une uvéite postérieure grave évoluant et récidivant pendant une année :

OBSERVATION N° XXI : Sa... Jacques, vingt et un ans.

Au mois de septembre 1957, en Algérie, le malade souffre d'une diarrhée suivie d'un écoulement urétral, puis en octobre, apparition de douleurs oculaires droites et articulaires. Il est hospitalisé pendant deux mois dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital militaire d'Oran, et vient en France en convalescence.

Il rentre dans le service d'Ophtalmologie du Val-de-Grâce le 2 janvier 1958.

Examen à l'entrée.

— *Œil droit* : acuité 7/10^e au trou sténopéique.

— Nombreux précipités poussiéreux pigmentaires rétro-cornéens.

— Tyndall dans la chambre antérieure.

— Iris normal, se dilatant bien.

— Séquelles de synéchies postérieures sur la cristalloïde antérieure.

— Vitre très modifié, contenant de nombreux éléments de teinte ocre.

— Fond d'œil : vu un peu flou :

1° œdème en étoile de la région maculaire ;

2° large foyer exsudatif à limites floues pré-équatorial dans la région temporale supérieure ;

3° foyer exsudatif très périphérique nasal inférieur.

— Tension oculaire normale au droit.

— Œil gauche : acuité 10/10^e.

— Œil normal dans tous ses éléments.

Il s'agit donc d'une uvéite de l'œil droit apparue après un épisode dysentérique et écoulement urétral et ayant été accompagnée par des douleurs articulaires : syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER.

Δ-cortisone — Atropine.

On pratique de nombreux examens complémentaires qui se montrent normaux : numération formule sanguine, examen oto-rhino-laryngologique, stomatologique, Bordet-Wassermann, gono-réaction, examen de selles, recherche d'organismes L négative, vitesse de sédimentation non accélérée.

On pratique deux tests de Thorn qui montrent :

Le 15 janvier :

— 1^{er} tube : 52 éosinophiles par mm³

— 2^e tube : 1 « «

Le 1^{er} février :

— 1^{er} tube : 100 éosinophiles par mm³

— 2^e tube : 32 « «

Le 5 février :

Le malade part en convalescence et revient le 10 mars :

— œil gauche : normal ;

— œil droit : œdème maculaire persistant.

Le 8 avril :

Rechute de l'uvéite.

— Œil droit :

— Irrité, photophobe. Cercle périkératique.

— Iridocyclite avec très abondants exsudats albumineux dans la chambre antérieure avec minuscule lunule d'hypophéma. Iris très vascularisé. Précipités sur la Descemet et la cristalloïde antérieure. Bonne mydriase. Pas de synéchies visibles.

— Tension oculaire : normale.

— Fond d'œil vu très flou.

Traitement : atropine — Δ-cortisone — pénicilline — streptomycine.

Le vitré s'éclaircit peu à peu, la vision s'améliore mais, le 12 mai, l'œdème est toujours important au pôle postérieur et les foyers choroidiens semblent se pigmenter en périphérie.

L'état se maintient jusqu'au 30 août 1958 où apparaît une nouvelle poussée d'uvéite.

— Œil droit : vision 1/10^e inaméliorable.

— Œil rouge.

— Chambre antérieure très trouble.

— Dépôts nombreux sur la cristalloïde antérieure.

— Tyndall du vitré surtout postérieur.

— Au fond d'œil : gros œdème maculaire et infiltration de la périphérie rétinienne.

Δ -cortisone — A.C.T.H. — stérandryl.

L'évolution se poursuit en s'améliorant et, le 6 octobre, la vision est à droite et à gauche de 10/10°. On voit encore des éléments dans le vitré, une synéchie pupillaire de une heure à cinq heures.

— *En résumé* : Syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER en septembre 1957, compliqué d'uvéite postérieure récidivante unitérale, dont on a suivi l'évolution pendant dix mois.

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Nous ne rentrerons pas dans le détail des recherches à visée étiologique au sujet du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER. Signalons que dès les premières publications, lors de la première guerre mondiale, les auteurs furent frappés par le fait que le syndrome apparaissait au cours d'épidémies de dysenterie, et tentèrent de mettre en évidence un germe responsable de l'affection ; c'est ainsi que furent pratiqués des intradermo-réactions, des examens de selles, des séro-diagnostics aux bacilles dysentériques, qui n'amènèrent aucun résultat positif. Après de nombreuses recherches dans cette voie, on ne peut vraiment retenir les shigellooses comme la déterminant exclusive du syndrome oculo-uréthro-synovial. Car on a vu apparaître des syndromes de FIESSINGER-LEROY-REITER authentiques chez des amibiens (MARCHE, VAILHE). D'autres atteintes digestives peuvent également être rhumatogènes : rectocôlite hémorragique, dolichocôlon. Le rhumatisme peut aussi s'observer après sérothérapie antidiphthérique, primo-infection tuberculeuse.

Plus récemment, on s'est orienté vers une étiologie virale, on a incriminé le *Chlamydozoon oculo-genitalis*, puis on a isolé des frottis uréthraux dans le cas d'urétrite amicrobienne, des « organismes L » ou P.P.L.O., formes de passage de bactéries, mais ces microorganismes ont également été signalés chez des sujets sains, ce qui ne signifie d'ailleurs pas qu'ils ne puissent devenir pathogènes ultérieurement sous une autre forme. En effet, PERREY a rapporté 4 cas où les organismes L isolés des urétrites amicrobiennes se sont transformés après culture sur milieu électif et passage sur milieu usuel deux fois en entérocoque, en *Proteus mirabilis* et en *Fœcalis alcaligenes*. Ainsi, les germes intestinaux pourraient devenir pathogènes sous la forme L.

Mais les résultats de ces recherches n'ont pas été pratiquement plus satisfaisants que les premiers.

Devant l'impossibilité de mettre en évidence un germe de façon quasi constante, se sont fait jour des théories qui ont le mérite de donner une unité à la maladie malgré l'absence d'étiologie précise.

La première théorie fut une théorie allergique (GOUNELLE et LE BOURDELLÈS, WALTHER). La seconde, celle de M. MARCHE, fait jouer un rôle aux modifications mésenchymateuses tissulaires produites par l'atteinte microbienne quelle qu'elle soit ; cette modification constituant une maladie seconde.

Plus tard, à la suite des travaux de SELYE, on a voulu faire rentrer la maladie dans le cadre du syndrome général d'adaptation. A une agression donnée, l'organisme répond grâce à un mécanisme endocrinien. Cette réponse, qui dépasse son but, constitue alors une maladie.

Ces deux théories expliquent donc le mécanisme d'action possible de l'agression, mais le problème reste toujours de trouver l'agresseur.

Actuellement en Algérie, de nombreux cas de syndromes de FIESSINGER-LEROY-REITER surviennent en même temps que d'autres nombreux cas d'hépatite épidémique, de poliomyélite antérieure aiguë, à la même époque de l'année, en général en été ou à la fin de l'été. MM. FERRAND et ROUMAGNAC ont remarqué que le syndrome oculo-uréthro-synovial est rare après six mois de séjour et exceptionnel après un an. Après une étude biologique complète portant sur 102 cas, ils en concluent qu'aucun des épisodes diarrhéiques des malades soumis à des examens n'est imputable à l'amibe, aux salmonelles, aux shigellae. L'existence d'inclusions dans les frottis conjonctivaux et uréthraux n'est pas niable (BOURREL), mais encore faut-il que les examens soient faits à la bonne période, avant tout traitement.

Que peuvent apporter au problème étiologique les quelques observations compliquées au point de vue ophtalmologique que nous avons recueillies ?

Avec M. FOURCADE, on remarquera que le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER atteint :

- d'une part l'ectoderme et l'endoderme : conjonctivite, urétrite et troubles intestinaux ;
- d'autre part le mésoderme : arthrite et uvéite.

A ce propos, cet auteur émet l'hypothèse que la première atteinte pourrait être virale et l'autre une maladie seconde évoluant pour son propre compte.

Nous avons remarqué en effet que l'atteinte oculaire du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER est dans la forme la plus simple une conjonctivite, souvent accompagnée, nous l'avons vu, de petites érosions cornéennes limbiques, particulièrement fugaces et passant le plus souvent inaperçues, et ceci n'est pas pour nous étonner, l'épithélium antérieur de la cornée se continuant avec celui de la conjonctive. Mais les complications cornéennes de cette primitive conjonctivite, nous l'avons vu, sont l'ulcère et la kératite ponctuée superficielle. Celle-ci

a classiquement été imputée à un virus, beaucoup d'auteurs l'ont rencontrée au cours de maladies virales : grippe, pneumopathies, varicelle, rougeole. FUCHS a noté sa relation avec la kératite disciforme que nous avons rencontrée quatre fois (*obs. n^{os} VII, VIII, IX, X*) et jusqu'à présent on a admis que cette maladie était due à un virus neurotrope.

Mais faut-il faire des cas que nous rapportons une forme plus grave mais à même étiologie que l'atteinte conjonctivale classique, ou faut-il penser à une « éruption » due à un virus de sortie comme les cas d'herpès dans les pneumopathies à pneumocoques ? Signalons que, en 1956, FERRAND et ROUMAGNAC ont rencontré plusieurs cas d'herpès labial et un génital, et aussi dans 10 % des cas une ectodermose du gland et du sillon balano-préputial.

D'autre part, on ne peut affirmer à l'heure actuelle que les γ -globulines injectées préventivement — elles furent motivées en Algérie par une épidémie d'hépatites — soient d'une efficacité absolue pour bloquer la maladie. D'après M. FOURCADE, en 1956-1957, il y eut de très nombreux cas de syndrome oculo-uréthro-synovial.

Après les injections systématiques chez les arrivants militaires en Algérie, la fréquence a été considérablement diminuée.

En 1958, il y eut relativement peu de cas et surtout quelques formes très discrètes (Tyndall), mais pas une seule forme sévère.

Il est donc très difficile de tirer une conclusion, car en 1955-1956 il y eut peu de cas de syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER et pas de γ -globulines. Mais il faut souligner tout de même qu'il y eut moins de cas et moins de cas graves en 1958.

* *

Comment faut-il comprendre l'atteinte uvéale, antérieure et postérieure ?

Dans leur rapport à la Société d'Ophtalmologie de Paris, en novembre 1957, MM. OFFRET et MASSIN classent le syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER parmi les grands rhumatismes inflammatoires, polyarthrite chronique évolutive, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme articulaire aigu... et ils définissent ainsi le rhumatisme :

- « 1° Le rhumatisme est une maladie des tissus d'origine mésodermique.
- 2° Le rhumatisme ne comporte jamais de suppuration.
- 3° La cause est inconnue. »

L'uvéa comme les synoviales, les muscles et les tendons, est d'origine mésodermique et les récides fréquentes de l'uvéite, son évolu-

tion parfois grave la rapprochent du syndrome articulaire qui a les mêmes caractères. A la suite des travaux de MM. HARVIER et MARCHE, l'évolution possible du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER vers la spondylarthrite ankylosante ne fait plus de doute. Pour MARCHE, on doit se méfier tout particulièrement des sujets faisant des irido-cyclites récidivantes et se plaignant de douleurs sacro-iliaques ou vertébrales. Comme la spondylarthrite ankylosante, les crises d'iritis ou d'irido-cyclite peuvent n'apparaître que bien des années après le syndrome oculo-uréthro-synovial, alors que la triade symptomatique aura été oubliée, et il s'agira alors d'uvéite isolée, ou associée à des récurrences articulaires (*obs. n^{os} XVI, XVII, XVIII, XIX*).

Beaucoup d'ophtalmologistes se sont penchés sur la question de ces uvéites isolées qu'on appelait rhumatismales dans 60 à 70 % des cas environ, faute d'étiologie connue. Peu à peu, ce groupe touffus a été élagué et les cas ont été réduits à 15 % (GILBERT, HULLA, KAHOUH). On a remarqué que l'uvéite apparaît dans l'évolution de certains syndromes. C'est ainsi que FRANCESCHETTI et coll., en 1951, ont observé 2 cas de maladie de NICOLAS-FAVRE avec uvéite et arthralgies et estiment qu'il faut admettre une certaine analogie entre cette affection et d'autres syndromes génito-oculo-articulaires, tels que maladie de REITER et maladie de BEHCET.

C. STUCCHI, en 1957, étudiant les collagénoses et les manifestations oculaires, observe que l'iritis se rencontre dans la maladie de BECHTEREW avec une incidence allant jusqu'à 50 % pour certains auteurs, se rencontre également dans l'ectodermose pluri-orificielle, la maladie de BEHCET et bien entendu dans le syndrome oculo-uréthro-synovial.

Pour STILLERMANN, cependant, les maladies de REITER et de BEHCET doivent être bien différenciées à cause de l'aspect différent des lésions oculaires, les altérations du fond de l'œil étant particulièrement fréquentes dans la maladie de BEHCET.

Il est bien évident qu'il est hors de question de classer ces maladies en l'absence d'étiologie et on ne peut, comme le font ces auteurs, que se borner à y constater certains facteurs communs.

En résumé, l'hypothèse d'un virus déclenchant, après l'épisode diarrhéique, une atteinte conjunctivo-cornéenne et uréthrale et créant une réaction morbide du mésenchyme est à retenir. Pour l'étayer, il faudrait multiplier les examens bactériologiques de frottis conjonctivaux et uréthraux à la phase aiguë de la maladie et avant toute amorce de traitement.

DONNÉES THÉRAPEUTIQUES

I. — AU POINT DE VUE GÉNÉRAL

De nombreux traitements ont été proposés et ont tous à leur actif des améliorations, des guérisons.

LES ANTIBIOTIQUES

Certains auteurs ont obtenu des succès avec l'auréomycine, la terramycine (HARKNESS, DUREL, SIBOULET). La pénicilline semble totalement inefficace. La streptomycine aurait donné quelques bons résultats (THIERS et PINET, RAVINA, HARKNESS). D'autres auteurs (VAILHE et FOURCADE) n'ont obtenu avec auréomycine, terramycine, pénicilline, streptomycine « jamais d'accidents ni d'incidents, mais jamais de résultats favorables ».

LA CORTICOTHERAPIE

C'est la delta-cortisone qui est le plus employée, à doses modérées, et tous les auteurs en général lui accordent une efficacité certaine. Toutefois, VAILHE et FOURCADE n'ont jamais eu l'impression que la delta-cortisone ait influencé favorablement les signes cliniques et biologiques.

LA PHENYLBUTAZONE

Rejetée par certains auteurs, elle a parfois donné de bons résultats (Professeur PAYRAU).

LA PYRETHOTHERAPIE

Elle est utile dans les formes aiguës, tandis que la chrysothérapie l'est dans les formes prolongées. Celle-ci a parfois produit une amélioration indiscutable (DARBON, DULAC et REVALOR).

II. — AU POINT DE VUE OCULAIRE

Parmi les antibiotiques, le collyre à la terramycine est le plus employé. L'auréomycine aussi donne de bons résultats.

On y associe un collyre à l'hydrocortisone, ainsi que l'atropine, afin de prévenir les complications oculaires.

Signalons pour terminer que dans les cas d'uvéite antérieure suraiguë, l'application de sangsues a les meilleurs effets sur les phénomènes congestifs et inflammatoires. Dans l'un des cas que nous rapportons, l'amélioration fut spectaculaire (*obs. n° XVIII*).

CONCLUSIONS

L'atteinte oculaire du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER est classiquement constituée par une conjonctivite aiguë très souvent accompagnée d'une kératite superficielle avec érosions cornéennes minimales et fugaces.

Mais l'uvéïte est la complication majeure du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER. Elle peut survenir au cours de la maladie ou bien longtemps après sa guérison. Elle est fréquemment récidivante et peut apparaître après un long intervalle libre suivant la guérison apparente du syndrome. Il s'agit le plus souvent d'une uvéïte antérieure, mais une uvéïte postérieure est possible.

On observe également des complications cornéennes à type de kératite ponctuée superficielle, d'ulcère cornéen, de kératite disciforme.

L'atteinte oculaire constante du syndrome de FIESSINGER-LEROY-REITER doit être traitée énergiquement dès son apparition, pour que soient évitées des complications ultérieures. L'usage prolongé des corticoïdes par voie générale et de la phénylbutazone semble donner les meilleurs résultats.

Les recherches étiologiques s'orientent vers une hypothèse virale : en effet, à différentes reprises, des frottis conjonctivaux ont montré des inclusions et il semble que les injections de γ -globulines préventives aient fait diminuer le nombre de cas graves de syndrome oculouréthro-synovial. L'évolution pouvant se faire vers la spondylarthrite ankylosante — MARCHE les a appelés « deux aspects d'une même maladie » — il convient de reviser la notion de bénignité, au point de vue général et aussi ophtalmologique, qui l'entoure et de le classer parmi les grands syndromes rhumatismaux.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
RENARD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BAUER, ENGELMANN. — *Tr. Ass. Amer. Physicians*, 1942, 57, 307.
- BEHCET (H.). — *Derm. Woch.*, 1937, 152.
- BENKEMOUN. — *Thèse*, Toulouse, 1953.
- BOIDIN, GOUNELLE et BOHN. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris.*, 1940, 56, 630.
- BOREL (L.J.). — *Biol. Méd.*, 1952, 41, n° 4, 379.
- BOUREL (M.). — *Rev. du Rhum.*, 1954, 21, 249.
- BOURREL. — *Thèse*, Alger, 1956.
- CASS (E.). — *Brit. J. Oph.*, 1949, 33, 7, 454.
- CIMBAL. — *Graefe's Arch.*, 1942, 145, 142.
- COSSE et DELORD. — *Ann. d'Ocul.*, 1917.
- COSTE, BOUREL et SIBOULET. — *Sem. des Hôpitaux*, 1953, 69, 3546.
- CSONKA. — *Brit. Med. J.*, 10 mai 1958, 1088-1090.
- CUILLERET, ETIENNE, LAFON. — *Lyon Médical*, 1950, 183, 375.
- DARBON, DULAC et REVALOR. — *Soc. Méd. Milit. Française*, avril 1958, n° 4.
- DUREL, OFFRET, SIBOULET, PLESSIER. — *Bull. Soc. d'Opht. de France*, 1950, 566.
- FIESSINGER et LEROY. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1916, 60, 1926.
- FOREST (A.). — *Revue du Rhum.*, 1954, 21, 517.
- FOURCADE et COUADAU. — *Soc. Fr. Opht.*, mai 1958.
- FRANCESCHETTI. — *Progrès en Opht.*, 1951, t. VIII, 253.
- GAUTHIER. — *Thèse*, Alger, 1936.
- GOUNELLE, MARCHE. — *Rev. Rhumatisme*, 1941, 8, 355.
- HARKNESS et HENDERSON-BEGG. — *Brit. J. Ven. Dis.*, 1948, 24, 50.
- HOMBURGER. — *J. des Praticiens*, 1930, 42, 449.
- KARDUNG. — *Med. Welt.*, 1941, 11, 403.
- KRUSPE. — *Derm. Weshr.*, 1938, 112, 457.
- MAIGNIEN-COURARD (Mme). — *Ann d'Oculistique*, 1950, 183, 660.
- MAIRE et MELNOTTE. — *Bull. Soc. Méd. Milit. Française*, 1929, 23, 215.

- MARCHE. — *Revue du Rhumatisme*, 1946, 13, 91.
— *Revue du Rhumatisme*, 1950, 17, 449.
— *Revue du Rhumatisme*, 1954, 21, 130.
— *Revue du Rhumatisme*, 1955, 22, 449.
- MOLLARET. — Conférence à la Faculté de Médecine, Paris, 19 juin 1950.
- MORAX. — *Ann. d'Ocul.*, 1917, 154, 45.
- MOURET. — *Thèse*, Montpellier, 1958.
- NOLF. — *Arch. Med. Belges*, 1918, 71, 521.
- OFFRET, MASSIN. — Rapport à la Soc. d'Opht. de Paris, novembre 1957.
- PARONEN (I.). — *Acta Med. Scandinavia*, 1948, suppl. 212.
- PAYRAU. — *Soc. de Méd. Milit. Française*, 1958, n° 4, 114.
- PELLEGRINI. — *Thèse*, Alger, 1951.
- PEREY. — *Thèse*, Bordeaux, 1953.
- REITER. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1916, 42, 1535.
- REVALOR. — *Thèse*, Paris, 1957.
- RIST. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1916, 32, 1762.
- ROUMAGNAC, FERRAND, PERNOD. — *Rev. du Corps de Santé Militaire*, 1958, n° 4.
- SCHITTENHELM et SCHLECHT. — *Dtsch. Arch. Klin. Med.*, 1918, 126, 183.
- SCHUERMANN. — *Derm. Woch.*, 1940, 111, 932.
- SIBOULET. — *Presse Médicale*, 1951, 59, 630.
- STUCCHI. — *Ophtalmologica*, 1957, 1, 134.
- THALABARD. — *Bull. Soc. d'Opht. de France*, 1958, 3, 230.
- THIERS et PINET. — *Lyon Médical*, 1950, 49.
- THYGESON. — *Amer. J. Opht.*, 1934, 17, 1019.
- TOULANT. — *Arch. d'Opht.*, 1936, 53, 523.
- TOULANT et SARROUY. — *Arch. d'Opht.*, 1936.
- VAILHE, FOURCADE, DEIMAS, LAVANT. — *Revue Lyon de Méd.*, janvier 1958, 75.
- VOSSIUS. — *Opht. Klin.*, 1904, 17.
- WAELSCH. — *Prag. Med. Woch.*, 1901, 43.
- WORMS et PESME. — *Soc. Franç. d'Opht. de Paris*, 1927, 21.
- WORMS, LESBRE et SOURDILLE. — *C.R. à Soc. Biol.*, 1926, t. II, 1042.
- WORMS et SOURDILLE. — *Arch. d'Opht.*, 1928, 47, 737.
- YOUNG et MC EVEN. — *J.A.M.A.*, 1947, 134.
- ZEWL. — *Acta Opht.*, 1947, 1, 47.

